

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA - ÁREA “PSICOLOGIA E SOCIEDADE”

ONZE ESTAÇÕES E UM DEVOTO DE SÃO JORGE

Discursos Psicológicos num Serviço de Saúde Mental

Dissertação apresentada ao Curso de Pós- Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, orientada pela Profa. Dra. Louise Amaral Lhullier e co-orientada pela Profa. Dra. Mara Coelho de Souza Lago.

Alan Índio Serrano

Florianópolis

1998

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA - ÁREA “PSICOLOGIA E SOCIEDADE”

ONZE ESTAÇÕES E UM DEVOTO DE SÃO JORGE

Discursos Psicológicos num Serviço de Saúde Mental

Dissertação apresentada ao Curso de Pós- Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, orientada pela Profa. Dra. Louise Amaral Lhullier e co-orientada pela Profa. Dra. Mara Coelho de Souza Lago.

Alan Índio Serrano

Florianópolis

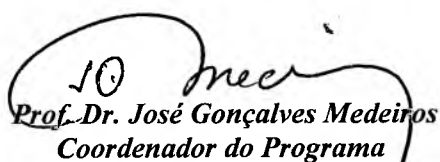
1998

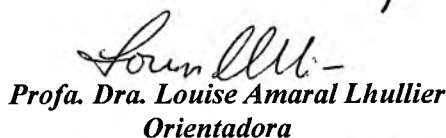
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA - MESTRADO**

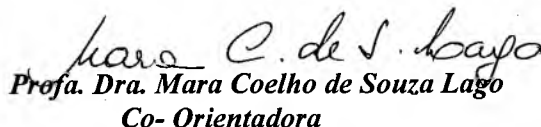
**ONZE ESTAÇÕES E UM DEVOTO DE SÃO JORGE
DISCURSOS PSICOLÓGICOS NUM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL**

ALAN ÍNDIO SERRANO

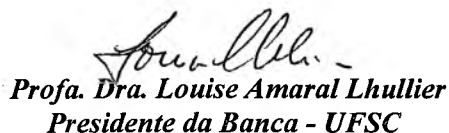
Esta dissertação foi apresentada e julgada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Mestrado, da UFSC, e aprovada em sua forma final pela Banca Examinadora, em Florianópolis, aos vinte dias do mês de fevereiro de 1998.


Prof. Dr. José Gonçalves Medeiros
Coordenador do Programa

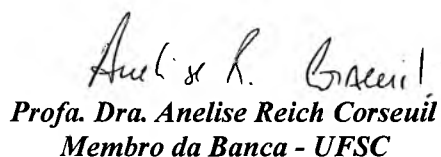

Prof. Dra. Louise Amaral Lhullier
Orientadora


Prof. Dra. Mara Coelho de Souza Lago
Co- Orientadora

Banca Examinadora:


Prof. Dra. Louise Amaral Lhullier
Presidente da Banca - UFSC


Prof. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta
Professora Convidada
Membro da Banca - USP


Prof. Dra. Anelise Reich Corseuil
Membro da Banca - UFSC

AGRADECIMENTOS

Aos que eram membros da equipe do Centro de Atenção Psicossocial, da Secretaria Municipal de Saúde e da Prefeitura Municipal de Cocal do Sul, durante o ano de 1996: Ivanir Prá da Silva Thomé, Maria de Fátima Búrigo, Cinara de Rochi, Evander Gomes, José Renato dos Santos, João A. Dutra, Luiz Carlos S. Medina, Rosane Maria dos Santos, Neuza Pessoa, Nair A. Borza, Maria Salete F. de Souza, Sônia Teixeira Medina, Jairo Fernandes, Jaime de Brida, Maria Elizabete Pizzollo, Ítalo Rafael Zaccaron e José Orlei Sartor. A eles a minha admiração por seus feitos e o desejo de deixá-los na história escrita.

Aos anônimos ou sob pseudônimo neste texto, que, mais do que entrevistas, me entregaram centelhas de suas experiências, histórias de suas vidas e uma parte do discurso popular.

Aos demais entrevistados, cujas falas se tornaram uma linha ou uma palavra, ou uma elipse, todos importantes para o conjunto.

À minha orientadora, Louise Amaral Lhullier, pela acolhida, direcionamento e incentivo.

A Mara Coelho de Souza Lago, minha co-orientadora, que laboriosa e pacientemente discutiu comigo e revisou cada parágrafo deste texto.

A Wilson Kraemer de Paula, pela leitura e sugestões.

A Clair Castilhos e Alcides Rabelo Coelho, pelo incentivo no que tange os temas da Saúde Coletiva.

A Mauro Hermes Gomes Jr., por ter me apresentado o novo velho Freud.

A Pedro Soares, pelo que me ensinou da análise do discurso e da lingüística.

Aos meus professores do Mestrado em Psicologia e a Janete.

À Terezinha, ao Pablo e à Iorua.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	iii
ÍNDICE.....	iv
LISTA DE FIGURAS	vi
RESUMO	vii
SUMMARY	viii
DA EXPERIÊNCIA DO PENSAR.....	ix
PROLUSÃO.....	x
INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I. A GALÁXIA.....	8
1 - Psicologia da Comunidade, Psiquiatria Social e Sistemas Assistenciais.....	10
2 - Anotações Lingüísticas Epistemológicas: Por uma Maiêutica da Saúde e da Doença Mental.....	41
PARTE II. A TERRA.....	71
3 - Pressupostos do Método	71
4 - Método de Entrevistar e Método de Analisar	77
5 - A Marcha e o Ritmo.....	82
6 - Passaportes Iguais ao de Freud e Crianças no Baú	84
7 - Atenção Psicossocial, Política e Família Imaginária	87
8 - Os Entrevistados e seus Temas	102
PARTE III. OS COMETAS	111
9 - Representações de Doença Mental e de Tratamento	111
10 - No Convívio com Pacientes	127
11 - Atenção, Reabilitação e Inclusão	155

12 - Equipe e Sociedade	175
13 - Afeto nas Famílias e Desestruturação	186
PARTE IV. A LUA	191
14 - A Entrevista de uma Mãe	191
PERIGEUE PERILÚNIO.....	235
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	252

LISTA DE FIGURAS

Figura 01. Mar da Tranqüilidade.....	1
Figura 02. Captura de um Cometa.....	3
Figura 03. Mapa do Céu	8 e 9
Figura 04. A Terra.....	71
Figura 05. Deus Criando Adão.....	73
Figura 06. Papel-Moeda	86
Figura 07. Localização do Estado	92
Figura 08. O Sul Catarinense	93
Figura 09. Índice de Desenvolvimento Social.....	94
Figura 10. Um Cometa.....	111
Figura 11. A Lua.....	191
Figura 12. Povoamento e Colonização.....	197
Figura 13. Rosto de Deus	208
Figura 14. Pentecostes.....	211
Figura 15. São Jorge.....	217
Figura 16. Anjo Evita	232
Figura 17. Comunidade	235

RESUMO

A psicologia da comunidade e a psiquiatria social, implicadas na construção de sistemas assistenciais, convergem para a Saúde Mental. Este trabalho avalia suas bases teóricas e implicações epistemológicas e lingüísticas dos conceitos nela usados. Faz uma etnologia deste saber, em pesquisa de campo realizada num centro de atenção psicossocial (CAPS), mantido por prefeitura municipal, no Sul do Brasil, através dos discursos coletados entre técnicos, administradores e clientes. Analisa modelos, conceitos e metáforas da loucura, da doença mental e de seu tratamento, enquanto representações, incluindo representações dos profissionais sobre o trabalho em equipe multidisciplinar, terapia ocupacional, convívio social com a psicose, prevenção, trabalho com grupos e com famílias, bem como representações de familiar de paciente, sobre a influência dos mortos, possessão, busca da cura pela religião, convívio, tolerância e rejeição ao doente mental. Contextualiza os discursos locais no arquitexto da Saúde Mental, da psicologia e da psiquiatria. Aponta interpretações e experiências aplicáveis a serviços similares, nos quais o técnico em Saúde Mental, ouvindo, valorizando e buscando o sentido das metáforas implicadas no seu discurso - e nos discursos com que cotidianamente interage - possa melhorar sua relação com os pacientes e seus familiares.

Palavras-chaves: Atenção psicossocial; Representações; Loucura; Louco da aldeia; CAPS; Psiquiatria; Saúde mental; Saúde pública; Metáforas da doença.

SUMMARY

Community Psychology and Social Psychiatry when involved with the making of aid systems converge to Mental Health. This research aims at the analysis of the theoretical basis of Mental Health, its epistemological and linguistic implications, and its use of different concepts. We have studied different discourses which were collected in an ethnological way from professionals, administrative officers and clients, in a field survey accomplished in a psychosocial care center sponsored by a local city government in Southern Brazil. We have analysed madness, mental disease and treatment models, as concepts and metaphors, as representations, such as representations by the professionals about multidisciplinary team work, occupational therapy, living together with psychosis, prevention, working with groups and families; representations by the family member about deceaseds' influence, possession, healing through religion, living together, tolerance and rejection of the mental ill. This work brings local talks to the frame of a broader Mental Health, Psychiatry and Psychology architecture. It suggests interpretations and experiences that can be applied to other similar services in which technicians could improve their ways of dealing with patients and relatives by hearing, being more aware and searching for meaning inside the metaphors that are produced by their own discourses and by the ones to which they interact with.

Nós nunca chegamos aos pensamentos. Eles
vêm a nós.

É a hora conveniente para a conversação.

Isto nos dispõe para a meditação em comum. Esta
nem considera o opinar contraditório, nem
tolera o concordar condescendente. O pensar
permanece firme ao vento da coisa.

De uma tal convivência talvez alguns surjam
como companheiros no ofício do
pensar. A fim de que inesperadamente
um deles se torne mestre.

(Excerto de "Da Experiência do

Pensar", de Martin Heidegger)

PROLUSÃO

Pés que parecem pensar por si ao deixar a embreagem e pisar no acelerador do automóvel, veias que se dilatam no rosto ao sentir vergonha, áreas do córtex cerebral que fornecem palavras durante um sonho: somos uma mente que tem um corpo imerso em discursos que viajam na atmosfera e com eles está sempre interagindo. Ouvidos escutam o que não esperam, diante da galáxia. São parte dela. Células em forma de bastonetes e cones impressionam-se com o visual da Terra. Os fótons emanados do visual se misturam com o corpo.

Certamente não seria sensato manter a artificialidade de separar, num trabalho deste tipo, o que poderia ser chamado de “meu”, ou de “nosso” (para manter a forma majestática da tradição acadêmica), daquilo que foi assimilado pelos sentidos ou que veio a compor uma síntese criativa.

Muitas vezes nossos comentários brotam em forma de associação livre, o que causaria espécie à ortodoxia positivista. Assumimos, pois, todos os riscos de encontrarmos o que poderia ser chamado de posturas individuais na interpretação dos dados. Nem entendemos como seria possível a alguém tratar de outra forma temas como os da ordem abordada, sem se esconder sob o manto da censura ou sem manter o sujeito reprimido.

Todo discurso nasce em outros e aponta para outros. Todo discurso é só parte de um continuum. O que um autor escreve não é só por ele mesmo, é por outros, que escreveram antes dele. Aquele que fala, fala possuído por outras vozes. São as possessões normais, invisíveis, do cotidiano.

O pesquisador em campo, na observação participativa, é um alienígena entre amigos. Ao menos para nós, foi assim. No ambiente da pesquisa nos sentimos o mais local, o mais brasileiro e, ao mesmo tempo, o mais cosmopolita e o mais extraterrestre dos presentes.

Estado híbrido curioso, permitiu-nos o deslize fácil do particular ao universal e vice-versa. O particular é o de uma pequena cidade interiorana de língua portuguesa, no hemisfério sul do planeta, habitada majoritariamente por descendentes de italianos e de poloneses, e minoritariamente por descendentes de portugueses e de índios xockleng. Ali, com entusiasmo e alegrias, adversidades e decepções, foi criado e mantido um centro de atenção psicossocial, popularmente conhecido pela sigla CAPS: um aparelho para lidar com a loucura. É sobre ele que nos debruçamos e o fizemos objeto de estudo. Gravamos onze entrevistas principais, neste ambiente, que serviram de base para o trabalho. O universal é o campo onde se superpõem a psicologia, a psiquiatria e a chamada Saúde Mental. Este campo se constitui de saberes e discursos inter-relacionados, disseminados por quase todo o planeta, nos últimos duzentos anos e, mais intensamente, após a Segunda Grande Guerra.

Tanto no particular quanto no universal, vivemos um momento em que o real se caracteriza como indeterminação, como promessa de novas tecnologias, como novidade que pode surpreender, e como crise do modelo civilizatório, após o desmanchamento, no ar, de valores do século que pareciam sólidos. A Idade Contemporânea geralmente viu o homem primeiro como indivíduo, pessoa, cidadão e depois, por contrato, como ser social. Partimos do pressuposto de que o ser humano é radicalmente social. Ser simbólico diante de si e dos outros, suas práticas coletivas confundem-se com as de salvação pessoal. Amor e agressividade animam sua alma, cujos limites são tão indefinidos quanto os limites de uma língua.

Iniciamos o trabalho sob o signo da reminiscência: sentimos, em Cocal do Sul, sensação semelhante às que tivéramos dezesseis nos atrás, quando éramos um jovem psiquiatra, em Arezzo e Trieste. Lá, como naquelas cidades italianas, um louco, com toda a intimidade, entrava na sala onde conversávamos com um diretor do serviço, pegava alguma coisa, dizia alguma palavra e desaparecia. O que era estranho - e ao mesmo tempo familiar - é que, neste gesto rápido, não era contido por algum enfermeiro. Era estranhamente tolerado, tido como alguém tão normal naquele ambiente, quanto os funcionários da casa.

Ao terminarmos o trabalho, sentimos que, além de uma pesquisa em psicologia sobre representações, fizemos, num certo sentido, uma etnografia de nossa ciência, para analisar o discurso médico, psicológico, religioso e político. É uma etnografia, na medida em que estranhamos o trivial e tentamos tornar não familiar o banal do dia-a-dia de nossa profissão.

Há uma história, que contam, de uma famosa dançarina russa, a quem perguntaram o que queria dizer com uma certa dança. Ela respondeu, um pouco exaltada: “-Se eu pudesse dizer em tão poucas palavras, você pensa que eu iria passar por tanto incômodo para dançá-la?”. É uma história importante, relatada por Hughes (1966:vii), na introdução de *The Sound and the Fury*, de Faulkner. Talvez tenha algo a ver com a bailarina, o fato de que a parte mais difícil de escrever, desta dissertação, tenha sido o “Resumo”. O que apresento aqui é uma dança que demorou dois anos, e que sempre será incompleta e faltante, porque é de palavras: não é verdadeiramente uma dança. Marcada pelo pecado original da ciência, tem o peso e a aridez do que não é arte.

O texto conta com alguns conceitos que não puderam ser explicitados no seu corpo. O pequeno glossário, abaixo, tenta apresentá-los em tom enciclopédico tradicional.

Representação, palavra que evoca presença imponderável e intencional, é o artifício pelo qual a consciência conhece as coisas. O nome *representação* designa quaisquer estados e conteúdos da consciência, enquanto por ela apreendidos e nela presentes. Neste sentido, a representação compreende grande parte da estrutura da vida psíquica - sensações, percepções, imagens, idéias ou conceitos - de que se ocupa, sobretudo, a psicologia. Conhecer significa tornar presente ao espírito ou consciência, como sujeito, algum conteúdo ou realidade, como objeto. Trata-se sempre de uma segunda presença, uma *re-representação* da realidade conhecida, o que lhe confere novo modo de ser, para além das determinações e limites com que se apresenta na natureza. O termo remete, pois, ao conhecimento da realidade e à relação entre as palavras e os objetos significados. Na Idade Média, para Ockham, segundo Abbagnano (1970:820-821), a representação tem três significados fundamentais. No primeiro, é aquilo por meio do que se conhece algo. O conhecimento, neste sentido, é representativo e representar é o meio de conhecer. Representação, neste sentido, é *idéia*. No segundo, é *imagem* que representa algo, no ato da lembrança. No terceiro, é *objeto* causa de conhecimento, da mesma maneira como um objeto da natureza pode causar conhecimento. Wolff, no início do século XVIII, introduz na filosofia o termo coloquial alemão *Vorstellung*, para indicar a idéia, já então cartesiana, de representação: idéia como “quadro” ou “imagem” da coisa. Usada na tradição filosófica alemã e na psiquiatria do século XIX, tem também os significados correntes de concepção, conceito, noção, idéia, imagem, pensamento (Hanns, 1996:387). Buscamos manter, neste trabalho, uma fidelidade a esta tradição. A noção de representação usada no domínio do conhecimento assenta-se sobre a dupla metáfora da

representação teatral e da diplomacia. A teatral sugere reprodução e exibição de cenas e imagens para um público. A diplomática dá mais a idéia de substituição ou suplência em virtude da qual uma pessoa está autorizada a agir em nome de outra. Só há representação de alguma coisa invisível ou ausente. Algo ausente só pode ser conhecido se for devidamente representado. Então a realidade é conhecida indiretamente e o conhecimento é representativo. O peso do conhecimento cai sobre o sujeito pensante: aquilo que verdadeiramente se conhece não são as coisas em si mesmas, mas as representações que delas construímos, as *Vorstellungen*. A consciência é foco luminoso, feixe de intencionalidades a permitir que as coisas se revelem. As formas de intencionalidades são tantas quantas são as vidas conscientes. O conhecimento é uma determinada forma de intencionalidade e a percepção é sua expressão mais acabada (Freitas, 1989:716-722).

Representações coletivas é conceito derivado do pensamento de Wundt, para o qual haveria um *espírito dos povos*, representado na linguagem, no folclore e nas tradições locais, onde coletivamente se conservariam traços da memória emocional das comunidades e mesmo das nações e das etnias. Émile Durkheim, em 1898, transportou a noção para a sociologia, difundindo-se, a partir dele, uma noção, hoje pouco usada, de representações coletivas como conjuntos de crenças e saberes populares sistematizados, geralmente em forma de mitos e religião. Para ele as representações coletivas seriam o objeto da sociologia e as representações individuais, o objeto da psicologia. Serge Moscovici, nos anos 50, abandona a dicotomia entre representações individuais e coletivas para falar de representações sociais (Abib, 1995b: 17).

Representações sociais conceituam uma modalidade de conhecimento montada pelo senso comum, socialmente compartilhada e prática. Moscovici (1981:181) as define, em psicossociologia, como conjuntos de conceitos, afirmações e explicações originadas no cotidiano, em comunicações inter-individuais, equivalentes, hoje, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais. Na sociedade contemporânea, onde o bombardeio de informações ultrapassa a experiência vivida pelas pessoas, não havendo como avaliar o que recebem, as representações sociais são geradoras de práticas sociais. Como objeto de estudo, servem à compreensão da dinâmica social.

Objeto é toda a realidade a que a consciência correlativamente se opõe como sujeito do conhecimento. Para que haja conhecimento é necessário que a realidade se reproduza ou se “interiorize” no espaço da consciência. Todo ato de conhecimento consiste numa

reciprocidade de ação e reação entre dois polos, o do objeto e o do sujeito. O conhecimento é um conhecimento por conceitos. Kant, acompanhando o uso clássico, considera o conhecimento não intuitivo, e sim *discursivo*.

Sujeito, na tradição filosófica, define-se como a consciência humana enquanto capaz de se apreender a si mesma e toda a realidade estranha em que se apóia e da qual emerge. Tratado como o eu, ou o espírito, ou a consciência, enquanto princípio determinante do mundo do conhecimento ou da ação, é, pelo menos, uma capacidade de iniciativa em tal mundo. Evoca capacidade autônoma de relações, opondo-se ao ser simples objeto ou parte passiva das relações de conhecimento. Historicamente, em Kant, para quem o sujeito é o “eu penso”, segundo Abbagnano (1970: 895), a noção inicia sob a influência da oposição entre subjetivo e objetivo. O termo *sujeito*, em Kant, deriva de subjetivo. Em Heidegger, conforme Freitas (1989:716-722), o espectador deixa de ser um ente entre os entes para se transformar num simples olhar impessoal e redutor. É a esse olhar corrosivo e nivelador que a filosofia moderna, de Descartes e Husserl, estaria dando o nome de sujeito. Para Heidegger, neste plano ôntico está o discurso da representação, o do representar (*vorstellen*), o de dizer antes do tempo e *em vez de*. O filósofo propõe que o sujeito aprenda a escutar o *darstellen* (deixar-se ver) das coisas que falam por si mesmas. A psicologia, enquanto ciência, desde os seus primórdios, vê o sujeito como impulso e ação, mais do que consciência: ele está atrelado ao *fiat* de William James, ao *trieb* de Wundt e de Freud, conceitos que evocam algo que transita, ao mesmo tempo, no biológico e no simbólico. A psicologia busca encontrar, pois, uma racionalidade no volitivo e no pulsional, no que foi, tantas vezes, chamado de “comportamento animal” do homem. Em psicanálise, o sujeito não só se submete a determinações, mas o faz dentro de uma ordem da representação que é a da linguagem e a dos comportamentos simbólicos. Quando se lida com pessoas, a consciência é não só uma qualidade do sujeito, mas um traço do objeto. E há outros traços, não conscientes. O sujeito pode vir a ser, pois, objeto de um conhecimento e de experimentação. Daí que as suas ilusões e irracionalidades passam a ser importantes para que ele seja conhecido. O que anima os sujeitos falantes não é só aquilo que os filósofos chamavam de consciência. Aquele que age, que faz, que diz “eu”, que reivindica, que deseja, se manifesta enigmaticamente como sujeito.

É, porém, o estruturalismo que vai permitir ao século XX seu retorno ao sujeito. O “indivíduo” vai dar lugar ao sujeito. Para Jacques Lacan, o sujeito é construído na ordem simbólica. O sujeito não pré-existe às relações sociais. Ele não fala mais do indivíduo,

indiviso, mas do sujeito, dividido. O sujeito, em Lacan, como em Freud, é cindido entre o consciente e o inconsciente, entre “o que ele é enquanto ser de desejo ou falta-em-ser, e o que ele pensa e diz ser” (Mascarello, 1997:3). Atravessado pela linguagem, só chega a constituir-se por ocupar um espaço simbólico. Não está dissolvido na natureza, mas também não é o senhor de seu destino. O símbolo o faz humano, e por isso, fala. Mas só o faz enquanto a linguagem permite-lhe produção de sentido. Processo em perpétua contradição, o sujeito não é uma unidade e nem é autônomo.

Subjetivo, a partir de Kant, foi entendido como o que pertence ao sujeito: uma representação da relação entre as coisas e nós, isto é, uma relação entre as coisas e quem as pensa. Nesta linha, para o dicionário, o *subjetivo* é o existente no sujeito, o que se passa exclusivamente no espírito de uma pessoa, aquilo que é sentido por experiência íntima (Bueno, 1992:1078). Contemporaneamente, o conceito de subjetivo subordina-se às discussões sobre a subjetividade.

Subjetividade, historicamente, definia-se por dois conceitos mais antigos. No primeiro era o caráter de todos os fenômenos psíquicos, enquanto fenômenos da consciência. No segundo, era o caráter do que é subjetivo no sentido de aparente, ilusório, ou de poder faltar. Após as reflexões de Sigmund Freud, de Martin Heidegger e de Ferdinand de Saussure, a subjetividade não é concebível fora da linguagem. A subjetividade é lingüística e discursivamente construída e deslocada ao longo dos discursos nos quais o indivíduo concreto participa. Como decorrência da teoria da linguagem de Saussure - na qual a linguagem é um sistema de diferenças - o mundo é inteligível só através de discurso. Não há experiência humana sem mediação, não há acesso imediato à realidade crua de si e dos outros. Sendo um sistema de signos relacionados entre si, a linguagem encarna o significado, na forma de séries de posições que ela oferece ao sujeito, pelas quais este pode captar um sentido para si e para suas relações com o real (Belsey, 1994:61). Para Jacques Lacan, no estágio do espelho, a criança percebe a si como outra, como imagem, como alguém diferente daquele que está percebendo. Há uma cisão entre o eu que é percebido e o eu que percebe. A entrada na linguagem necessita de uma divisão secundária, que reforça a anterior, uma cisão entre o eu do discurso, o sujeito do enunciado, e o eu que fala, o sujeito da enunciação. Nesta falta de harmonia a subjetividade é, pois, uma trabalhosa construção. O sujeito articula-se por laços, numa rede simbólica, da qual ele é efeito, num certo lugar. Logo, a subjetividade atravessa cada sujeito em sua singularidade, transcendendo-o, como fato social, fato da linguagem,

ordem simbólica. O conceito de inconsciente, a partir de Freud, obriga-nos a ver a subjetividade não mais como algo identificado com a consciência e com a razão, mas como algo mais complexo, comportando embates entre o consciente e o inconsciente, entre enunciado e enunciação, entre significante e significado. A razão vem a ser apenas um efeito de superfície, derivado de tais embates. Lacan, contrariamente a Descartes, não entende a subjetividade a partir da máxima “*cogito ergo sum*”, “penso, portanto sou”. Após Lacan, pode-se dizer “penso onde não sou, portanto sou onde não penso”. Logo, o *cogito* não é o lugar da verdade do sujeito, e sim o lugar do seu desconhecimento (Barp Garcia e Mascarello, 1996:2). Não se anula, porém, a lógica racional. Mas reconhece-se haver outra lógica, outra ordem, de leis como as da linguagem, que convive, interage e mesmo produz a primeira.

Discurso, no sentido clássico, é aquilo que nos dá a forma pela qual um conteúdo ou uma verdade se realizam. Liga-se, na sua versão grega, a inteligência e reflexão, opondo-se à intuição, a qual tentaria nos dar um conhecimento direto, sem palavras, da realidade. A noção de discurso expressa as virtualidades de sentido características do dom da fala. Por outro lado, significa oração, palavra, fala, conjunto de signos com significados convencionais, mas cujas partes, dispostas numa ordem, são um dizer algo sobre certo assunto. Em lingüística caracteriza uma ordem de coisas que se manifesta pela delimitação de um campo da experiência possível, como aquilo que aparece dito e orienta a consideração que fazemos do que é admissível ou não, verdadeiro ou falso, são ou louco. Realiza as virtualidades de um paradigma de organização do mundo (Sumares, 1989:1440-1442). Para Fávero (1995:7), o discurso é atividade comunicativa de um sujeito, numa situação de comunicação dada, englobando o conjunto de enunciados produzidos pelo locutor - ou pelo locutor e o interlocutor - e o evento de sua enunciação. O *interdiscurso* é a possibilidade de ancoragem de um discurso num contexto real ou simbólico, possibilidade de múltiplas interpretações. O que torna possível, ao se encontrar uma pessoa, falar com ela um tipo de fala é a *formação discursiva*, constituída, parcialmente, por um horizonte que remete a enunciados, ou seja, pelo institucional, que lhe dá sustento. Relações como as de amizade, trabalho conjunto, vizinhança, ou parentesco são institucionais e geram discursos. Há também relações instituídas da ordem do imaginário. O discurso é manifestado por meio de textos.

Texto é qualquer passagem falada ou escrita que forma um todo significativo, independente de sua extensão. É uma unidade semântica de sentido, não de forma. Não é só lingüístico, pode ser imagético ou fônico. Pode ter muitas formas, em dadas situações sociais,

faladas, cantadas, no computador, na televisão, num livro, para produzir sentido. O texto é linear, e se apresenta como uma unidade dada. O *hipertexto*, por analogia com a linguagem dos computadores, da hipermídia, inclui ícones, movimentos de volta (*back*), vínculos citacionais que o ligam a outros textos. Promove relações inter-textos, leva a outros ambientes ligados por focos de sentidos. É o lugar dos pontos de ligação, de relação.

Nenhum texto tem começo em si mesmo, sem qualquer referencial. Tem relações com outros textos, falados ou escritos antes. O texto alimenta-se destes *proto-textos* ancestrais. Para Orlandi (1988:21), na análise do discurso o objeto teórico é o discurso e o objeto empírico (analítico) é o texto.

Estruturalismo pode ser definido, em última análise, como o encontro da lingüística com a antropologia (Dosse, 1993:47). Método filosófico, movimento cultural e fenômeno que recebeu a adesão de grande parte da *intelligentsia* européia nos anos 50 e 60, instala um paradigma de contestação à cultura ocidental tradicional e de extrema sensibilidade para tudo o que foi recalcado nela. Uma postura estrutural, no século XIX, era encontrada já em Spencer, Morgan e Marx, combinando de maneira complexa as várias partes de um conjunto numa acepção mais abstrata. Entre 1900 e 1926 o nome estruturalismo definia a postura dos psicólogos que se opunham à psicologia funcional do começo do século. Em sua acepção moderna, seu ponto de partida está na lingüística. Ferdinand de Saussure fez a primeira análise propriamente estruturalista na lingüística: embora reconhecendo o valor do sentido histórico, ele põe em relevo a análise “sincrônica” da linguagem, ou seja, seu elemento descritivo, comparativo, estático, de sistema (Giles, 1979:134). Roman Jakobson permitiu a amplificação do campo de difusão do modelo fonológico à psicanálise. Seus estudos das afasias levaram-no a descobertas sobre a metáfora e a metonímia, úteis a Lacan, que as deslocou ao campo freudiano. A lingüística, no centro do projeto estruturalista, mostra-se como cadinho, *melting-pot*, de todas as ciências humanas (Dosse, 1993:71). Perturbando o perfil e os limites das ciências humanas, e muito consciente dos desafios destas ciências, o estruturalismo rompe com a retórica tradicional do exercício universitário (Dosse, 1993:422), permitindo a pesquisa do sujeito, num panorama para além do campo lingüístico. Marcel Mauss, autor do *Manuel d' Ethnographie*, recorria, já, ao inconsciente como fornecedor do caráter comum e específico dos fatos sociais. Claude Lévi-Strauss encontra, nos anos 50, no modernismo de Mauss, a interrogação antropológica feita às ciências humanas. No projeto antropológico global estruturalista, de reflexão sobre a sutura natureza-cultura, participa a psicanálise. O retorno de

Lacan a Freud, diz Althusser (1976:16 apud Dosse, 1993:350), não é um retorno ao nascimento de Freud, mas um retorno à sua maturidade. Mais do que a releitura de Freud, à luz dos saberes da segunda metade do século XX, a contribuição de Lacan enriquece-se com a descoberta da trilogia Real-Simbólico-Imaginário, os três registros da experiência do ser falante.

Desconstrução é o que veio, no estruturalismo, a tomar o lugar das descrições. Desconstruir um texto é examinar o processo de sua produção, de como ele foi construído a partir dos discursos que estavam à disposição. Não é examinar as experiências privadas do autor individual, mas o modo de produção, os materiais e seu arranjo no trabalho. O processo de desconstrução traz à luz as contradições, mostrando que os textos não são uniformes, harmoniosos, sentenciosos, positivos, prontos para o consumo passivo. Eles são plurais, abertos à releitura, objetos de trabalho para o leitor, que poderá fazê-los produzir sentido (Belsey, 1994:104). Em Heidegger estão as sementes do que veio a ser chamado desconstrução, método inaugurado por Roland Barthes e teorizado por Jacques Derrida.

Psicanálise é a ciência que se ocupa do inconsciente. Boa parte da psicologia acadêmica definira, ao longo do século XX, seu objeto de conhecimento como o produto da introspecção chamado “consciência”. Outra parte definira seu objeto como o produto da observação e da percepção, chamado “conduta”. Neste sentido, a psicanálise extrapola a psicologia, pois o inconsciente, na obra de Freud, inscreve-se entre a percepção e a consciência. *Psicanálise*, segundo Laplanche e Pontalis (1992:384), é a disciplina fundada por Freud, que se distingue em três níveis: (a) um método de investigação para evidenciar o significado inconsciente das palavras, ações e produções imaginárias (sonhos, fantasias, delírios) de um sujeito, (b) um método psicoterápico e (c) um conjunto de teorias psicológicas e psicopatológicas em que são sistematizados os dados introduzidos pelo método de investigação e de tratamento.

A psicanálise adquire importância na nossa dissertação através das obras de Freud e de Lacan. A influência de Freud é marcante pelas suas noções de inconsciente e sexualidade. Em Lacan o Simbólico remete à estrutura do inconsciente, estruturado como uma linguagem. O Imaginário refere-se à relação dual, especular, que implica a construção do que, na tradução brasileira de Freud, veio a ser chamado de *ego*. O Real aponta ao que está fora do significado, portanto, fora do campo da linguagem. Remete à pulsão e ao seu objeto faltante (Mascarello,

1997:7). Lacan situa a passagem da existência biológica para a existência humana no registro da Lei da Ordem, que é a linguagem. O ego é, pois, subordinado a uma ordem que lhe escapa. Em Lacan, o inconsciente já não é mais visto como um inferno de instintos biológicos enterrado nos porões da mente, a exumar. Ele se torna apreensível à flor das palavras. Como a subjetividade, ele é uma construção. Repositório de significantes reprimidos e pré-lingüísticos, o inconsciente é constante fonte de quebra potencial da ordem simbólica. Deste ponto de vista, a sexualidade é pulsional, “escapa à ordem natural, desacomoda o sujeito, introduz a existência do objeto pré-determinado, fecha o caminho da satisfação” (Mascarello, 1997:3), e vislumbra a sua lei no mito de Édipo. A entrada na ordem simbólica nos leva aos relacionamentos sociais e reduz nosso desamparo diante do Real, permitindo-nos articular as necessidades em forma de demandas. Estas são metonímias do desejo, o qual permanece oculto.

Comunidade, no sentido da expressão alemã *Gemeinschaft*, em Kant, segundo Abbagnano (1970:149-150), indica tanto *communio* quanto *commercium*, comunhão dinâmica que implica ação recíproca. A partir do Romantismo Alemão o termo é usado para indicar a forma de vida social caracterizada por um liame perfeito entre seus membros. Neste sentido, opõe-se a *sociedade*, que é o que é público, é o mundo. Em comunidade estamos com os seres que nos são caros desde o nascimento, ligados a eles no bem e no mal. A palavra, assim usada, tem conotações de valor, baseadas na aspiração de um ideal. Sociólogos do século XX transformaram-na para o conceito de *relações localistas*, distintas das relações cosmopolitas.

Reforma Psiquiátrica é o processo político-assistencial, em nível mundial e em diferentes formas, derivado da queda do paradigma asilar, que deixa de ser hegemônico, no tratamento psiquiátrico, em discussão desde a década dos sessenta. Há Reforma, na prática, se há desenvolvimento de um novo sistema assistencial de Saúde Mental. No Brasil, a Reforma Psiquiátrica engloba a *reformulação da assistência* (mudança do modelo assistencial, diversificação da oferta de serviços, superação do hospital especializado como porta de entrada do sistema e como lugar hegemônico de tratamento, invenção de serviços substitutos à internação, para assistência, hospitalidade e reabilitação), *mudanças na cultura* (formação de recursos humanos, pesquisas na área assistencial e difusão de informações), e *mudanças normativas e jurídicas*. Em alguns países, como a Espanha e a França, há Reforma em curso sem discussão de leis. Na Itália, fortemente evocada como modelo para o Brasil, a lei foi ponto fundamental. Nos Estados Unidos e Inglaterra houve mudanças administrativas, sem

tocar em leis maiores. Na maioria dos países há apenas tendências e debates sobre a Reforma. É o caso da América Latina, com exceção do Brasil, onde o processo é adiantado se comparado com outras nações. Alguns países têm tendências e experiências-piloto. Países muito pobres, onde não há equipe especializada, fazem sua Reforma Psiquiátrica pela formação de agentes de saúde e treinamento de clínicos gerais, para assistir problemas psiquiátricos. No Brasil a Reforma Psiquiátrica ocorre no bojo de uma reforma sanitária mais ampla, consubstanciada na criação do Sistema Único de Saúde, onde a descentralização administrativa e do planejamento é o ponto fundamental. A descentralização se faz pela municipalização das ações, tornando a prefeitura o gestor local do sistema de Saúde.

Hesitamos ao grafar a palavra “*psicossocial*”. Perguntamo-nos por que não grafar a palavra de forma composta e ligada por hífen: *psico-social*. Cremos que a última seria a forma mais correta. Enquanto entidade mórfica esta palavra é formada pela junção de dois radicais diferentes, que podem ser seguidos de sufixos. Não nasce, pois, como vocábulo primitivo e simples, e sim de uma composição. Enquanto unidade frásica, unidade de significação, ela continua sendo um termo composto, que evoca limites entre a psicologia e a sociologia. O hífen cumpre a função de indicar aderência semântica unificativa. É o caso de bio-molecular, econômico-financeiro, histórico-geográfico, anti-social. Há “pré-fixações” que fogem ao estrito condicionamento regulado pelas normas oficiais, como no caso de “macrorregião” (Luft,1995:205), por estarem consagradas pelo uso. Em toda a literatura consultada, sempre encontramos a forma *psicossocial*, o que nos levou a usá-la, continuando a tradição mantida pelos colegas. Entendemos, porém, que o uso de uma só palavra, sem hífen, escondendo a cisão que lhe é inerente, não resolve a sua ambigüidade e nem a sua origem dupla.

Saúde Mental, com iniciais maiúsculas, é usada quando nos referimos às instituições de cuidado e assistência à saúde e ao campo de saber que se materializa ao interno destas instituições e delas vive. Com iniciais minúsculas, “saúde” é estado biológico individual. A expressão “saúde mental”, com iniciais minúsculas, diz, por extensão a “saúde”, do estado de higidez individual quanto a transtornos psiquiátricos. Esta é uma norma comum na área da Saúde Coletiva, já bem explicitada por Luz (1979).



Figura 1: Mar da Tranquilidade
Fonte: NASA

INTRODUÇÃO

Galáxias povoam o ignoto e ilimitado espaço cósmico. Nelas há estrelas de todas as grandezas. Há supergigantes, como Antares, cento e treze milhões de vezes maior que o Sol. Há gigantes e há anãs. Na categoria de “novas” são muito brilhantes. Na de supergigantes são enormes, vermelhas e tênues. Envelhecem e diminuem de tamanho, até virarem anãs vermelhas, ou amarelas, como o Sol, que após flutuações, caem na categoria de anãs brancas. Ao fim, todas elas se fazem anãs negras: corpos pequenos, esfriados e sem brilho.

Na Via Láctea, a galáxia do leite derramado pela mitologia, está o nosso sistema solar. É o sistema heliocêntrico, descoberto por Nicolau Copérnico. O radiante astro central, os três planetas telúricos¹, a Terra, e os cinco mundos inóspitos² compõem o sistema. Além destes, há outros elementos: asteróides, satélites, cometas e meteoritos. Os astros não têm lugar fixo: estão sempre se movendo. Seu trajeto, ou órbita, pode ser considerado somente em relação a outros corpos.

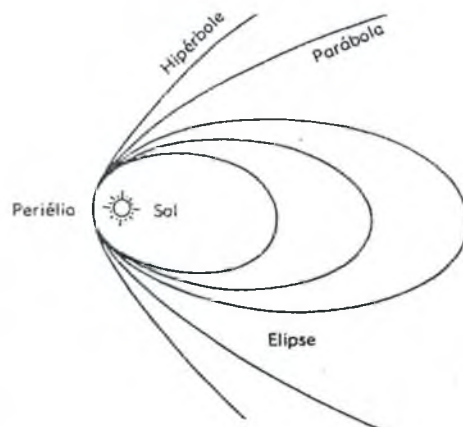
Registraram-se pelo menos cinquenta e sete satélites, além da Lua, gravitando em torno de planetas do sistema. A Lua, examinada primeiro, ao telescópio, por Galileu, em 1609, só mostra uma face à Terra. Ela tem milhares de vales, de montanhas altas, de crateras imensas e profundas. A denominação das formações do relevo selenita segue um sistema introduzido por Riccioli em 1600. Aos nomes de astrônomos e pensadores antigos e medievais, aos fantasiosos mares e oceanos lunares, foram acrescentados, para as formações topográficas do hemisfério invisível, os de cientistas modernos e de precursores da astronáutica.

Os cometas, astros espetaculares, ditos os vagabundos do espaço, são corpos rarefeitos, de núcleo e cabeleira brilhantes. Suas órbitas, na proximidade do periélio, apresentam-se em diversas variações de curvas, hiperbólicas, parabólicas ou elípticas. Os cometas de órbitas muito abertas, provindos de pontos desconhecidos, contornam o Sol e perdem-se novamente nos espaços siderais. O cometas periódicos, que aparecem a intervalos regulares, possuem órbitas elípticas. A proximidade com um planeta ou um grande satélite pode desviar um cometa, alterando a sua órbita. Em 1889 um cometa passou entre os satélites de Júpiter, recebendo tamanho “abalo” gravitacional que modificou radicalmente sua órbita a ponto de reduzir seu período de vinte e sete anos para sete anos, apenas. Um planeta de massa elevada pode tentar capturar um cometa, a ponto de tornar sua órbita, primitivamente parabólica, em elíptica.

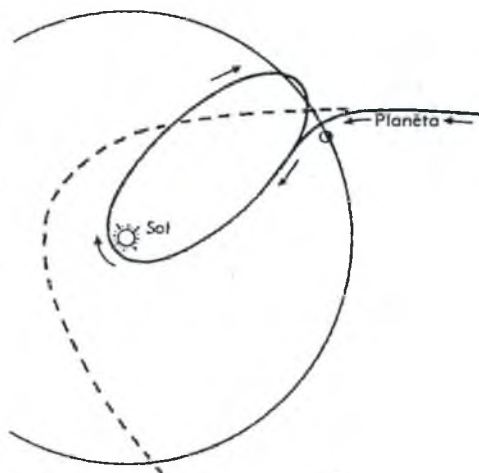
Como as órbitas dos astros, no sistema solar, são elípticas, as distâncias entre eles variam. O perigeu é o ponto onde a distância entre a Terra e a Lua é mínima: é o ponto de maior aproximação. O perilúnio é o ponto de maior aproximação de um corpo à Lua.

¹ São os chamados mundos irmãos, denominados telúricos por causa de suas características físicas semelhantes às da Terra: Mercúrio, Vênus e Marte.

² De supostas superfícies constituídas principalmente de metano líquido e amoníaco sólido, com baixíssimas temperaturas, são os quatro planetas gigantes, Júpiter, Saturno, Urano e Netuno, e mais o desconhecido Plutão.



Na proximidade do periélio os diversos tipos de curvas descritas pelos cometas são muito semelhantes.



Esquema da captura de um cometa por parte de um planeta de massa elevada (O, órbita parabólica primitiva; O', órbita elíptica nova). O cometa não periódico tornar-se-á periódico.

Figura 2: Captura de um Cometa
Fonte: Lipparini et al. (1971:28)

Na galáxia da chamada Saúde Mental, nos últimos cento e cinquenta anos, o sistema de assistência tem sido hospitalocêntrico. O hospital-Sol, porta de entrada ao sistema, tem sido o grande asilo psiquiátrico tradicional. Já pouco radiante, em fase de contração, está dando lugar a outras formas de hospital e a tratamentos extra-hospitalares.

Se a clínica é uma astronáutica capaz de observar de perto o Mar das Crises³, pousar no Oceano das Tempestades⁴, e até conquistar o Mar da Tranquilidade⁵, a psicologia social pode ser uma espécie de astronomia para certo leite que se derrama. As trajetórias, as aproximações e os afastamentos entre os astros, as mudanças de órbitas, os abalos gravitacionais e as descrições cotidianas de tudo isto, são o tema, neste pedaço de universo que se abre para nós. Pesquisadores em campo, perscrutamos um pedacinho da Terra e do céu, com os instrumentos desenvolvidos no mundo psi. Ouvimos seus cantos, palavras e melodias, como se ouve uma ópera.

Para avaliar tal universo, poderíamos partir do pensamento psiquiátrico dos culturalistas⁶ como Harry Stack Sullivan, ou das recomendações da Organização Mundial da Saúde sobre a Reforma Psiquiátrica⁷ a ser implementada em todos os países do mundo, ou da história da medicina preventiva de Virchow⁸ e ir a autores como Caplan, o pai da Saúde Mental comunitária no Novo Mundo. Poderíamos começar por Delay e Deniker, que inventaram o primeiro psicofármaco, passar pela evolução da terapêutica médica, que hoje diminui a necessidade de hospitalização e torna o custo da assistência comunitária menor do que o custo das internações em hospitais estatais⁹, e chegar a reformas administrativas do sistema de Saúde, como as feitas em regiões dos Estados Unidos e da Inglaterra. Escolhemos outra via, aparentemente mais tortuosa, passando pela Itália e por estruturalismos de origem francesa. Alguém perguntará por que ressuscitar mortos dos anos sessenta e setenta, como Foucault e Basaglia. Resposta simples: porque não estão mortos. Eventualmente, como

³ Mare Crisium, do mapa lunar

⁴ Oceanus Procellarum, onde a nave Luna 9, soviética, não tripulada, esgotou suas baterias, em 1966.

⁵ Mare Serenitatis, onde Armstrong, tripulante da Apollo 11, desceu, em 1969.

⁶ A influência dos estudos de antropólogos e sociólogos sobre a psicologia e a psiquiatria dos anos trinta culmina com a proposta do antropólogo Edward Sapir no sentido de estreitar a colaboração entre a psicanálise, a antropologia e a sociologia. Os psiquiatras que adotaram este critério constituíram o grupo dos culturalistas.

⁷ Desde o fim dos anos setenta, a Organização Mundial da Saúde vem preconizando priorizar o atendimento psiquiátrico em postos de Saúde e considera a desinstitucionalização dos pacientes com desordens mentais uma “área crucial na organização dos serviços de Saúde Mental”. Prega, como diz Urzua (1986:596), a “reinserção dos pacientes na família e na comunidade”, bem como seu atendimento junto com os casos novos, em sistemas comunitários, numa visão bio-psico-sócio-cultural.

⁸ Rudolf Virchow, médico alemão, que na primeira metade do século XIX entendeu a medicina como ciência social e política. Divulgou os princípios de que a saúde de um povo é objeto de inequívoca responsabilidade social e as condições econômicas e sociais têm efeitos importantes sobre as doenças, devendo, tais relações, serem submetidas a investigações científicas (Rosen, 1980:81). Defendeu a promoção da saúde e deixou bases para a idéia de que saúde é direito de todos e dever do estado, adotada na Constituição brasileira.

⁹ Ver o estudo de Salize e Rössler (1996).

mortos, se fazem encosto e assombração. Falar deles é exorcizá-los de suas funções de fantasmas. Trazê-los ao nosso mundo é fazê-los parte do pedaço do tesouro cultural da humanidade que nos toca. É permitir que os instrumentos de seu pensar crítico possam ser utilizados por nós, sem que precisemos repetir suas frases como papagaios. Assim se pode desarmar as armadilhas, tanto do fascínio quanto da rejeição, que suas atuações têm suscitado.

Uma vez que estávamos em pesquisa de campo, fomos a uma pequena cidade de Santa Catarina, no sul do Brasil, onde um grupo de pessoas buscou cumprir as portarias do Ministério da Saúde e as recomendações da Organização Mundial da Saúde, quanto à assistência pública em Saúde Mental. Observando-se os indicadores comumente utilizados em Saúde, o grupo teve sucesso. Ali, portanto, se pode prefigurar o que seria um Brasil com bons serviços de Saúde Mental, a partir dos recursos humanos comuns, que o país tem, espalhados na realidade de nosso território.

As instituições públicas de Saúde não podem dar a felicidade às pessoas, aqui na América Latina. Nem na Suécia ou na Finlândia, onde o fator pobreza é microscópico, onde há tanto acesso a profissionais bem capacitados e há, também, tantos suicídios. O que elas podem dar é assistência, consultas, serviços. E podem melhorar, de várias formas, a qualidade de vida das pessoas. Nossa pesquisa poderia, pois, ter viajado à galáxia da Saúde Coletiva. Quis ficar na galáxia da psicologia, onde correm, de boca em boca, velhos e novos discursos a serem analisados.

O texto divide-se em partes, que por sua vez, subdividem-se em capítulos. Seus limites são imprecisos. Não tivemos como evitar bloqueios, condensações, e todos os mecanismos que compõem os sonhos humanos. Seria inautêntico engessá-los para dar primazia a formalismos transitórios.

Na Parte I, denominada “A Galáxia”, apresentamos um capítulo que trata de discussões teóricas em torno dos temas da psicologia da comunidade, da psiquiatria social, da construção de sistemas assistenciais não centralizados nos macro-hospitais psiquiátricos e do lugar da subjetividade nestes temas. Outro capítulo trata de questões etimológicas e epistemológicas da saúde mental e da doença mental. A Galáxia é o espaço do saber humano onde nos movemos.

Na Parte II, denominada “A Terra” descrevemos o material utilizado, os métodos aproveitados para a pesquisa de campo e para a sua avaliação, os procedimentos, o local pesquisado, suas características e sua história, bem como algumas características genéricas dos

resultados da pesquisa. A Terra é o mundo e os recortes delimitadores, em que os objetos são pesquisados. Da Terra se vê o céu de forma finita e limitada.

Na Parte III, denominada “Os Cometas”, trabalhamos com a interpretação dos dados colhidos nos relatos dos técnicos entrevistados e na observação de seu ambiente de trabalho. A razão da existência dos técnicos em Saúde Mental é o seu paciente. Todos os discursos dos técnicos, neste universo, dizem respeito aos pacientes, à relação com eles, ou aos efeitos de uma relação, ou de um saber sobre coisas de pacientes. Não nos interessou estudar a vida particular dos técnicos enquanto indivíduos, e sim enquanto sujeitos que observam as órbitas de seus pacientes. Os Cometas são os usuários dos serviços de Saúde Mental. Os cometas são vistos da Terra e da Lua.

Na Parte IV, denominada “A Lua”, dentro do lar de um usuário de serviço de Saúde Mental, analisamos a fala de uma mãe. Ela conta de sua vida, sua família e seu filho. Se, aos nossos olhos, a Lua se torna o mais proeminente astro visto no céu, em termos astronômicos ela é um corpo comum e pequeno. A pequenez, em termos sociológicos, de uma pessoa singular, não diminui, em termos psicológicos, sua proeminência, inclusive quando se trabalha com familiares de pacientes. A Lua é a família, e neste caso é uma mãe, que gravita em torno de uma Terra visível, da qual é vista.

Nas considerações finais, sob o título de “Perigeu e Perilúnio”, refletimos sobre aproximações entre sujeitos, entre sujeitos e suas instituições, e sujeitos consigo mesmos, no contexto sócio-histórico da atenção psicossocial, na passagem do século XX ao XXI.

Todo este texto representa uma reflexão em torno do material juntado em pesquisa de campo, por observação participante e por coleta de depoimentos. Representa, ainda, um esforço de análise e contextualização dos discursos correntes, no tocante às questões psicológicas discutidas por peritos e por populares. Este rico material, extrapolando o tempo que levou para ser coletado, diz respeito a dados objetivos e a experiências do Centro de Atenção Psicossocial (o CAPS) estudado e a experiências de sujeitos que o idealizaram, nele trabalharam, ou a ele recorreram em busca de ajuda. Cobre um processo, vivenciado pelos que nos cederam seus depoimentos, de quase três anos. É, pois, um total de onze estações de trabalho e de experiências acumuladas, que nos foi relatado. São estas as “onze estações” que deram origem ao título da dissertação. Boa parte dos relatos trazia, como exemplo de paciente do CAPS, uma pessoa que os etnólogos poderiam chamar de “o louco da aldeia”. A mãe desta pessoa, no seu depoimento, nos descortinou a vinculação, no imaginário popular, da Lua (astro

cuja geografia desenha, por analogia, a figura de São Jorge) com o que o povo chama de “lunático”. Nosso lunático, louco de aldeia, identifica-se com o santo guerreiro, montado na coragem e na pureza de um cavalo branco, a combater um dragão, representação, nas culturas ocidentais, da maldade e dos poderes das trevas (Annes, 1996).

É ele a pessoa que fornecerá a continuação do título da dissertação: “um devoto de São Jorge”.

O subtítulo, “Discursos Psicológicos num Serviço de Saúde Mental”, anuncia o recorte que demos ao material colhido. O sentido da expressão “discursos psicológicos” liga-se à abordagem do psicológico, presente nos discursos. Neste sentido, “psicológico” diz respeito a uma disciplina ampla, denominada psicologia, que ao mesmo tempo, entre outras coisas, é um capítulo antigo da filosofia, uma matéria desenvolvida por médicos do século XIX e XX, um feixe de tradições variadas que embasam a recente profissão de psicólogo, e um conjunto de saberes que vibram nas interfaces de outras ciências humanas e mesmo de ciências biológicas.

PARTE I. A GALÁXIA



Figura3: Mapa do Céu



Fonte: Planisphaerium Coeleste. Publicado em Amsterdã, ao redor de 1700.

1. PSICOLOGIA DA COMUNIDADE, PSIQUIATRIA SOCIAL E SISTEMAS ASSISTENCIAIS

Psicologia da Comunidade

Antônio Gomes Penna reproduz, na *Apresentação* que faz à “*Psicologia da Comunidade*” de Mike Bender (1978), fragmentos de um discurso feito em 1970 por Albee, presidente da poderosa Associação Americana de Psicólogos:

“Ensina-mos aos nossos estudantes, durante anos, que os casos mentais incluem as pessoas que são perigosas para elas mesmas e para o outros. Mas preferimos intervir na faixa muito restrita dos que são perigosos para os outros.[...] Se os psicólogos profissionais estivessem verdadeiramente preocupados com o bem-estar humano, esqueceríamos os pacientes psiquiátricos durante um século e voltariamos as nossas atenções para as causas psicológicas do racismo, do sexismo e do motivo do lucro como fontes de perigo para a vida centrada no ser humano” (Penna, 1978:12).

A bipartição que fundamenta e permite vir à luz este raciocínio é encontrada na mesma página: “A idéia central é a de que todos os psicólogos comunitários estão mais preocupados com os problemas sociais que flagelam a sociedade do que com os problemas individuais” (Penna, 1978:12). À fissão entre o social e o individual corresponde um humanismo, de certa forma tornado possível por Descartes. O “ser humano”, de que fala Albee, não é qualquer pessoa real. É o objeto de ciências sociais, *ser humano abstração*, que representa a todos do mundo, é falado em nome de todos, e é ninguém em particular.

Constituir a psicologia de comunidade como uma disciplina, para a escola britânica de Bender, é exercitar uma “tentativa de fusão de duas tradições”: a psicológica e a sociológica ou política. O que fica, pois, evidente, num esforço de prótese ou de enxerto, é a perda do contato com a tradição fundadora da psicologia. A psicologia desmembra-se da filosofia e é fundada, enquanto ciência, na Alemanha do século XIX, de forma dualista: liga-se à fisiologia (e a outras ciências naturais), mas também se liga às ciências do homem, como a lingüística e a

etnologia. Propõe-se a ser, pois, nos seus primórdios, tanto psicologia individual e experimental quanto etnopsicologia (Danziger, 1980:377).

Feita escola morta, a tradição primordial, iniciada por Wilhelm Wundt, sofrera o repúdio na Europa e na América (Danziger, 1979:205-230; Blumenthal, 1980:25-42). É possível que por este repúdio tenham sobrado o que Bender (1978:13) chama de “algumas áreas que foram negligenciadas ou ignoradas pela Psicologia Aplicada e que parecem merecedoras de exploração”.

Na prática, a psicologia da comunidade tem sido uma “tentativa de tornar mais efetivos os campos da psicologia aplicada no fornecimento de seus serviços e mais receptivos às necessidades e carências das comunidades por eles servidas”(Bender, 1978:18). Tem se inspirado na psiquiatria preventiva norte-americana, teorizada por Gerald Caplan (1980). Caplan lançou seus *Principles of Preventive Psychiatry* pela primeira vez em 1964, ao montar o programa de psiquiatria comunitária de Harvard.

Apesar do discurso da Associação Americana de Psicólogos, a psicologia da comunidade não conseguiu fugir dos doentes mentais, a ponto de Bender afirmar:

“É irônico o fato de ser muito mais fácil ver um psiquiatra num ambulatório do que um psicólogo. Embora este último critique o primeiro por considerar a doença mental um fenômeno intra-psíquico, quando não orgânico, e por subestimar as variáveis familiares e ambientais, foi o psicólogo quem mostrou maior relutância em sair de suas instituições e, assim, a maioria trabalha fora dos centros urbanos a cujas populações servem” (Bender, 1978:22).

A implantação da psicologia comunitária no Brasil, nos anos setenta e oitenta, deu-se inicialmente em três direções: a via acadêmica (por disciplinas teóricas e poucas possibilidades práticas concretas), os movimentos populares (em experiências em associações de bairro, clubes de mães, creches comunitárias, pastoral da saúde) e em pequenos projetos pilotos de programas estatais.

Municipalização e Saúde Mental

A municipalização da Saúde é parte da caminhada para o estabelecimento do Sistema Único de Saúde. É processo administrativo, de descentralização, progressivo, em curso desde o fim dos anos oitenta, de forma desparelha, em todo o Brasil. Parte do princípio de que o governo municipal é mais sensível às necessidades locais e mais fiscalizável do que o governo centralizado. Por ele, as prefeituras, ladeadas por instituições locais e por um Conselho Municipal de Saúde, órgão de participação popular direta, deverão encarregar-se, em cada cidade, das ações básicas de Saúde, inclusive da Mental.

A municipalização da Saúde reorienta, pois, as políticas oficiais de Saúde Mental brasileiras, no sentido de incluir temas da psicologia e da psiquiatria nos planos municipais de Saúde Mental. Abre-se, pois, a possibilidade de um debate, em milhares de municípios brasileiros, envolvendo psicólogos, médicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e enfermeiros, sob as novas rubricas de “atenção psicossocial” e “reabilitação psicossocial”. Além, portanto, dos locais de atuação da psicologia comunitária brasileira nos anos setenta e oitenta - escolas, hospitais, empresas, associações populares - uma boa parte dela desemboca, no fim do século XX e início do século XXI, nos sistemas públicos municipais de Saúde. Neles, o psicólogo e o assistente social tornam-se “profissionais de Saúde Mental” (Vasconcelos, 1995:60-82), ao lado do médico, do enfermeiro e do terapeuta ocupacional.

As práticas daí decorrentes são multidisciplinares e interdisciplinares. Há quem diga que tal interdisciplinaridade é embasada na “proposta do paradigma da desinstitucionalização” (Vasconcelos, 1997:135).

As idéias que nortearam a Reforma Sanitária feita na Itália têm influência enorme na criação do SUS - Sistema Único de Saúde - brasileiro¹⁰. Na área da Saúde Mental esta influência é marcante¹¹. Discursos inspirados na Itália mesclam-se com discursos inspirados na psiquiatria preventiva norte-americana.

¹⁰ Há vários estudos sobre este intercâmbio de idéias e de práticas entre os dois países. Veja-se Berlinguer (1988) e Teixeira (1995).

¹¹ Ver Serrano (1982) e Vasconcelos (1992).

Uma Marca da Saúde Pública: o Discurso da Prevenção

A história da medicina, pelo menos há um século, contém a história de uma luta contra preconceitos do público, e “mais especialmente, das classes baixas”, colocando sob jurisdição do técnico “novos campos abandonados até então ao arbítrio individual, tais como a criação dos recém-nascidos, ou a alimentação” (Boltanski, 1979:14). A higiene nasce daí, como disciplina influente sobre os hábitos da vida ocidental. A intersecção da higiene com a psiquiatria dá-se, no fim do século XIX, no tema da moralidade, visando o controle das paixões para evitar doenças mentais.

Os princípios e regras que regem a prevenção contra a diarreia e a pneumonia não se aplicam à neurose de angústia e à esquizofrenia. Falar da saúde mental não é falar de uma subdivisão da saúde, para a qual os mesmos princípios podem ser aplicados. Pode-se promover a saúde por práticas educativas populares em torno da nutrição. Tais práticas educativas não funcionam para prevenir fobias ou transtornos afetivos. Distingamos, pois, as especificidades entre saúde e saúde mental.

O discurso preventivista, na Saúde Pública, faz uma mudança de enfoque dentro da medicina: *saúde* ao invés de *doença*. Este discurso pode ser sentido nos documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde. O mesmo discurso, muitas vezes, é emprestado à área da Saúde Mental. Contudo, na Itália, não é exatamente este enfoque, tal como os preventivistas o compreendem, que desloca o asilo psiquiátrico do centro da assistência, como veremos adiante. “Prevenção” e “promoção” da saúde mental são temas que não passaram pelo crivo de uma epistemologia. São sombras da “prevenção” e da “promoção” da saúde. Ganham vida, enquanto representações, no que se chama “Saúde Mental”¹². Corpo teórico frágil e corpo institucional bem amparado, veio para ficar por muitos anos. Sem dúvida, implica em um avanço, por parte do estado, ao não reduzir a assistência a um modelo de simples tratamento médico de doenças mentais. Área de entrecruzamento de diferentes saberes profissionais, é

¹² Saúde Mental Coletiva, para o CESCEN, que promove cursos de especialização nesta área no Rio Grande do Sul, é o campo de conhecimentos constituído no processo histórico fundado nas lutas pela democratização do país, na concretização da Reforma Sanitária nos estados e municípios, nos princípios da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), na Declaração de Caracas sobre a Reformulação da Assistência Psiquiátrica na América Latina (1991), na 1ª e na 2ª Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987 e 1992), em produções teóricas latino americanas e em experiências de trabalho ligadas a mudanças nas estruturas jurídico políticas e administrativas (CESCON, 1995: 60-61).

campo conceitual que se propõe a ser, por definição, multiprofissional. A Saúde Mental - expressão simples ou usando o complemento pleonástico Coletiva - de certa forma serve de arcabouço para as práticas da psicologia da comunidade e da psiquiatria preventiva. Espraia-se sobre o serviço social, a enfermagem e a terapia ocupacional.

A Arte de Cuidar dos Humores e seu Temperamento

Rapidamente, relembremos alguns pontos da pré-história da psiquiatria e de sua infância.

Hipócrates, ao redor de 400, antes de Cristo, declarava que as tristezas, dores, pesares e lágrimas provinham do cérebro. Foi ele quem inaugurou o dito no qual “o cérebro é o intérprete da consciência”¹³ Calor, frio, humidade e falta de ar poderiam desequilibrar o cérebro. Ele usava uma classificação de doenças, na qual estavam a *epilepsia*, a *mania* (excitação), a *melancolia* e a *paranóia* (que na época incluía todas as deteriorações mentais).

Galeno de Pérgamo, na Roma de 170, depois de Cristo, compilava e reforçava a teoria dos humores, pela qual humores (vapores ou fluídos) perigosos destemperam o cérebro. Sua *doutrina dos temperamentos* chega à Idade Média, onde o termo mais freqüente para descrever transtornos mentais era “melancolia”, palavra que, segundo Kaplan e Sadock (1984), geralmente abrangia inclusive os sintomas que hoje chamaríamos de esquizofrênicos. Alexandre de Tralles (que viveu entre os anos 525 e 605) descrevia os quadros de melancolia e mania alternados em ciclos. Constantino, o Africano, no primeiro século deste milênio, na região de Nápoles, descrevia os sintomas da melancolia medieval: tristeza, medo, alheamento (“fitar o vazio”), ilusões acerca de familiares, culpa. Adiantou-lhe um prognóstico ainda hoje aceito: que é mais favorável em condições agudas do que em crônicas.

Robert Burton, em 1621, no seu livro “*Anatomia da Melancolia*” tentou elucidar as causas psicológicas e sociais deste sofrimento, dando ênfase às causas externas, sociais. Contudo, a medicina da Idade Moderna seguiu sendo galênica e hipocrática. Para o mais célebre professor europeu de medicina do século XVIII, Herman Boerhaave, “a melancolia não era senão uma doença causada por sucos pretos” (Alexander e Selesnick, 1980:115). Em fins

¹³ Conforme Sigerist (1951:490) apud Alexander e Selesnick (1980:60).

daquele século Philippe Pinel separou as doenças mentais em *melancolias*, *manias sem delírio*, *manias com delírio* e *demência (deterioração intelectual e idiotia)*. Suas descrições eram sistemáticas e distinguiam perturbações de atenção, memória, discernimento e afetos.

Pinel era influenciado pelo associacionismo de Locke¹⁴. Via a base do transtorno mental em possíveis lesões do sistema nervoso, como resultado da hereditariedade e de experiências da vida. Rejeitava firmemente a crença em humores e materiais nocivos no cérebro e no coração. Combatia a teoria dos temperamentos e os tratamentos derivados dela, como as purgações e as sangrias.

O método pineliano, que implicava num convívio com o paciente, na observação detalhada, na descrição cuidadosa da história e do exame, trouxe à luz o enigma da origem dos transtornos. William Battie, em 1758, já distinguira dois tipos de insanidade: as devidas a “distúrbios internos”(depois chamados de “endógenos”) e as devidas a fatores externos (ou “exógenos”). Haveria, então, sofrimentos decorrentes de erros do cérebro (ou de doenças) e sofrimentos decorrentes de fatores da vida social. O início do século XIX favoreceu, pelo seu contexto evolucionista e científico, o interesse nas causas e nos métodos orgânicos. Assim, Jean Esquirol, que viveu na França, entre 1772 e 1840, dedicou-se a continuar a obra classificatória de Pinel. Para ele existem diferentes formas de loucura. Umas se caracterizam pelo delírio. Chamou-as de *lipemia*, *monomania* e *mania*. Outras, pela desrazão, como a *demência* e a *idiotia*. Estas últimas aniquilam a inteligência, portanto são incuráveis. As primeiras podem sediar um debate frutífero. Nelas, geralmente o delírio é apenas parcial e nelas há o domínio de uma *paixão*.

A *lipemia* de Esquirol é aquela em que a paixão dominante é triste e depressiva. A *monomania* é aquela em que há um delírio limitado, com excitação e predominância de uma paixão alegre e expansiva. A *mania* ocorre, para Esquirol, quando o delírio é total. Este ponto de vista coloca as “paixões” no centro da psiquiatria, tanto como causa quanto como possibilidade de tratamento de doenças. Elas são “os sintomas mais essenciais e os mais

¹⁴ Na gnoseologia de Locke, as coisas são sentidas através da experiência das sensações. Experiências e reflexão proporcionam-nos representações ou idéias. Das idéias simples formamos as complexas, por associação, coleção, unificação, síntese. Observando-se bem os componentes, soma-se-os e tem-se um quadro a interpretar. Idéias gerais e abstratas são apenas nomes, que têm valor prático. Os médicos, pelos sentidos (olfato, tato, olhar, audição) experienciam e representam realidades do paciente, podendo entendê-las.

poderosos agentes terapêuticos da loucura” (Esquirol, 1838 II:134. apud Machado, 1978:387).

Desde Esquirol, loucura e inteligência não mais se opõem: é o nível das paixões o fundamental. Não mais a loucura é erro ou ilusão dos sentidos, mas perversão da vontade, fenômeno moral, entendido a partir da surpresa de Pinel ao ver que vários alienados não tinham quaisquer lesões do entendimento, como se somente as faculdades afetivas estivessem lesionadas.

O Tratamento Moral e seus Resquícios

A novidade trazida, pois, por Pinel, reside em pensar a loucura como doença mental, ou seja, como algo curável. A sua abordagem é o tratamento moral, no qual a vontade perturbada do doente se opõe a vontade reta do médico. Para ele é possível exercer uma certa pressão sobre os mecanismos da alienação: a curabilidade é um princípio, apesar da eventual incurabilidade, como bem comentou Cavalcanti (1996:50).

John Conolly publica, em 1830, as bases do tratamento moral, resistindo a Esquirol. Inspira-se na filantropia de Tuke, o criador do asilo humanizado na Grã-Bretanha. Entre os preceitos de Conolly estavam princípios como o de que a doença mental não é, por si só, razão para o isolamento. Pregava que o estado deve assistir o doente, que o hospital deve preocupar-se com o bem-estar do doente na comunidade, e colaborar com os clínicos gerais (Pirella e Casagrande, 1973:153).

Sob várias formas, o tratamento moral persiste, correntemente, no Brasil, a nosso ver, nas propostas de cura de toxicômanos, com ou sem a participação de médicos, em fazendas ou comunidades fechadas, onde as pessoas isolam-se, meditam, trabalham em grupos e recebem pregações de cunho religioso ou moral. Resquícios desta visão humanista persistem nos hospitais psiquiátricos, especialmente os kardecistas e os mantidos por ordens religiosas católicas. De forma mais pulverizada, menos visível, o tratamento moral mantém influência, ora maior, ora menor, sobre o modo cotidiano de fazer psiquiatria, em todo o mundo.

Os primeiros trabalhos psiquiátricos brasileiros seguem Esquirol, na primeira metade do século XIX. Como em todo o mundo ocidental, os textos encaminham-se gradualmente para a

idéia de evolução, transmissão hereditária e deterioro, nas famílias com predisposição à demência. O tratamento moral e o asilo como local de ensinamento vão, deste modo, dando lugar à psiquiatria dita organicista. A pessoa do doente é esquecida: as atenções se voltam à busca das causas da moléstia, por intoxicação ou por lesão, nos cérebros. Este ponto de vista orgânico expressou-se com força na França através de Benedict Morel (que viveu entre 1809 e 1873) e Valentin Magnan (que viveu entre 1836 e 1916). A “constituição” da pessoa, caso “tenda à degeneração”, dá um tom extremamente pessimista ao problema. Este tom persiste, parcialmente, na obra do alemão Emil Kraepelin e do suíço Eugen Bleuler, os definidores do paradigma psiquiátrico mais consensual ao longo de toda a história desta disciplina.

As Três Linhas, Babel e a Globalização

Kraepelin, nascido em 1856 e falecido em 1925, estuda psicologia com Wilhelm Wundt, a referência psicológica mundial ao fim do século XIX. Kraepelin rompe com a visão francesa, de classificar os transtornos psiquiátricos pelos sintomas presentes e busca um método de maior aprofundamento sobre o curso da doença. Descreve a sua história natural, adotando o conceito de “processo” da doença como essencial para se fazer um diagnóstico. Dá ao termo “paranóia” a sua significação moderna e separa a psicose maníaco-depressiva da demência precoce (que Bleuler, em seguida, vem a denominar esquizofrenia). É pessimista quanto à cura da demência precoce, mas otimista quanto à das manias e depressões. Apesar de ser aluno de Wundt, é impossível para os seus seguidores manterem-se alheios à influência da filosofia positivista. É ela que passa a marcar toda a ciência da época, a ponto de jogar Wundt no esquecimento por quase um século.

Ao redor de 1914 já se colocavam três importantes linhas de pesquisa psiquiátrica. A primeira é a *clínica*, na qual Eugen Bleuler reorganiza os quadros clínicos delimitados por Kraepelin sobre a esquizofrenia. A segunda é a *investigação psicopatológica*, marcada por Karl Jaspers e Kurt Schneider, de influência fenomenológica. A terceira é a da *investigação psicanalítica*, marcada pela influência de Freud sobre os psiquiatras de Zurique: Bleuler, Jung e também Abraham, que lá estudou, trabalhando depois na Alemanha.

Kraepelin foi o último grande representante das escolas pré-dinâmicas¹⁵ e a culminância do método neurofisiológico¹⁶. Foi o fim de um tempo. Castilla del Pino (1978) não vê, depois da dissolução da psiquiatria kraepeliniana, um ponto de unificação: surgem tradições locais, diferenciadas, psiquiatrias nacionais, que se encaminham para uma Babel de conceitos. As três linhas de pesquisa não geram um corpo com coesão teórica.

A influência de Freud nos Estados Unidos, após suas cinco lições ministradas em Massachusetts, ampliou-se, por diversos caminhos, até criar o que se chamou de “psiquiatria dinâmica”, influente na formação dos psiquiatras brasileiros, especialmente no sul do país. Deve-se, porém, levar em conta que a concepção anglo-saxônica de “case history” era empirista e pragmática, muito diferente do espírito das descrições clínicas das tradições alemã e francesa, onde Freud bebeu, como aponta Harari (1993:35). A leitura de Freud na América teve, pois, suas particularidades.

A contribuição de Freud, ora mais assumida, ora mais rejeitada, é o lado não positivista da psiquiatria. A idéia de inconsciente foi bem integrada à psiquiatria em muitos momentos. Permitiu que se formulassem conceitualizações e intervenções que interpretam a doença mental num universo simbólico, em busca de sentidos. Sem negar e sem hipervalorizar a química corporal ou a importância das transmissões sinápticas, esta abordagem permite ver a individualidade do paciente. Permite abordar o sujeito, para além daquilo que todos os pacientes têm em comum ao se enquadrarem num quadro nosológico.

A descoberta dos psicofármacos, na década dos cinqüenta, traz, entre outras coisas, um novo debate sobre o humor e sua regulação, visíveis inclusive a partir dos efeitos depressivos dos neurolépticos usados em psicoses (Deniker e Ginestet, 1977:113). O aparecimento dos antidepressivos inibidores da monoamino-oxidase (IMAO) deslocou o eletrochoque usado nas melancolias. O clássico compêndio de Lothar Kalinowski (1953), que formou os psiquiatras dos anos quarenta e cinqüenta, hoje é exemplo de inutilidade terapêutica, relegado, pelos psicofármacos, ao museu.

Curiosamente, na década dos setenta o incremento da farmacologia não abateu o interesse pela psicodinâmica. As duas conviviam como “verso e reverso” de um mesmo

¹⁵ Na avaliação de Kaplan e Sadock (1984:5).

¹⁶ Para Alexander e Selesnick (1980:225).

processo (Castilla del Pino, 1978:25). Progressivamente veio se afirmando uma linha de pesquisa (predominante nos anos noventa) para diminuir os efeitos da Torre de Babel das psiquiatrias nacionais. A internacionalização da economia e a globalização das comunicações despertam a necessidade de classificações e de linguagens amplamente aceitas. As linhas de pesquisa em torno da epidemiologia e da clara definição das classificações de doenças, bem como a busca da difusão de novos códigos nosológicos mais unificadores, vêm no bojo desta necessidade. É caso do quarto Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, conhecido pela sigla DSM IV (1995), e o da décima Codificação Internacional de Doenças, conhecida pela sigla CID 10 (1994).

Junto ou paralelamente a isto se pode observar outro efeito dos anos noventa. A esquizofrenia já foi a grande preocupação da psiquiatria e em torno dela se montavam as grandes controvérsias capazes de alimentar pesquisas e reflexões. Gradualmente, nos anos noventa, o eixo se deslocou para o tema “depressão”, devolvendo à psiquiatria um júbilo, onde ela se reconhece capaz de chegar mais perto da cura, capaz de devolver o sorriso ao doente que procura o médico. Munida de um poder de intervenção sobre a química da sinapse neuronal, ao tratar do humor, a psiquiatria se reencontra com o velho tema de Esquirol e Morel - as paixões - e se reconhece como medicina positiva, intervenção apaziguadora, sedação de dor da alma, pelo remédio tonificante. Esquece, neste júbilo, as mazelas e as frustrações que a esquizofrenia lhe causa.

Projetos Sociais Implícitos

Psiquiatria e psicologia não são apenas aquilo que se pode chamar de ciência. É desnecessário, aqui, frisar que as ciências nunca são ideológica e socialmente neutras. Sempre houveram projetos sociais implícitos nestas disciplinas. Ao mundo de 1792, convulsionado pela Revolução Francesa, coube um Pinel, protótipo do humanista, do filantropo e do libertário. Sua imagem é guardada numa gravura mítica, livrando os loucos da Salpêtrière das correntes que os prendiam. Após sua intervenção, que não foi muito diferente das de outros, acontecidas na mesma época, os velhos asilos europeus, que juntavam mendigos, criminosos, dissidentes e loucos, mudam de feição. Aos loucos propõe-se outro tipo de asilo, onde desenvolver-se-á o tratamento moral.

Este asilo pineliano, versão primeira do hospital psiquiátrico, embasa-se na fé otimista de poder curar. Local idealizado, que busca a recuperação da afetividade atrapalhada e da razão turva. Dirigido por um médico alienista que cuida e muda a mente de seus pacientes, este hospital vai descobrir-se como sendo uma instituição complexa.

O que era inaugurado como uma libertação mostra-se repetitividade, que encarcera vidas inteiras. Daí a perda do otimismo pineliano, fundamental para a precoce decadência do paradigma do tratamento moral. Esmaecido o otimismo, sobra a instituição, o asilo onde se aglomeram os incuráveis, os inconvivíveis. Sua hegemonia atravessa mais de um século e meio.

Instituição total, alvo de críticas nas décadas de 1960 e 1970, o velho asilo - o macro-hospital, o manicômio - vem a receber, durante os anos de Guerra Fria, contestação paralela à que recebe o mundo burguês em cujo projeto ele se enquadrou, na Revolução Francesa.

Os séculos XIX e XX idealizaram sociedades perfeitas, ricas e justas, quer fosse pelo poder da ciência positiva, quer fosse pelas ideologias. Tinham projetos de mudar o homem, pela ordem social, rumo ao progresso, libertando-se do bolor das religiões e das tradições. O louco tinha um lugar nos ideais capitalistas ou socialistas, como “o homem a mudar, por excelência” (Cavalcanti, 1996:53).

Cedo a psicanálise, que sempre correu à margem das ciências hegemônicas, percebeu que o asilo era impotente para transformar as almas. A própria psiquiatria abandona esta ilusão de potência. Porém, no projeto social, a ilusão se mantém. Ela aparece nas reivindicações políticas, nos planos de governo que criam instituições, nos encaminhamentos a hospícios feitos por parentes, delegados, juízes, padres, médicos, e na própria busca de asilo por pessoas ansiosas brigadas com a família ou sem abrigo.

Exclusão na Globalização

O último quartel do século XX, com a crise do *welfare state*, o estado de bem-estar social, deixa claro que o custo do progresso é alto. A agricultura torna-se tecnológica, o êxodo rural incontrolável, as cidades recheadas de sub-emprego e desemprego, viram megalópolis.

O fim do século defronta-se com uma massa de “novos excluídos” que tende a aumentar, e com uma marginalização deliberadamente aceita, como fatalidade, por planejadores governamentais. Aos loucos - velhos protótipos da exclusão - somam-se outros excluídos, num mundo onde a especialização fica altamente seletiva.

Há um específico psiquiátrico: cuidar das questões da doença mental não é apenas cuidar da inserção do doente na sociedade e diminuir a sua exclusão. Fazer psiquiatria seria trabalhar com o que se chama de doença mental.

A Itália e a Psiquiatria que Distancia

Aqui ocorre um nó, diante do qual Ludwig Binswanger (1938:238)¹⁷ já dera o alarme: corremos sempre o perigo de seguir, na psicologia, um caminho que, distanciando-se de nós mesmos, leva a uma concepção teórica, à observação, ao exame, ao desmembramento do homem real, com o propósito de construir cientificamente a imagem, sob a forma de um aparelho, de um conjunto de reflexos, de funções, etc. Propõe, no lugar disso, um método de pesquisa que conduza a nós mesmos, não por meio de uma análise psicológica que nos objetivize, nem através de uma análise caracterológica com a qual objetivizamos as nossas particularidades individuais, mas de uma maneira antropológica.

É em Binswanger que Basaglia ([1967]1980: 237-244) se inspira ao assinalar que a psiquiatria pegou o caminho que nos distancia de nós mesmos. Tendo se enamorado de si mesma e, em seguida, se enamorado da doença mental como uma entidade abstrata, parida de si mesma, a psiquiatria esquece a pessoa.

¹⁷ Notável psiquiatra suíço, contemporâneo de Jung, esteve próximo de Freud no início do movimento psicanalítico. Cedo compreendeu as imensas perspectivas que a filosofia de Heidegger oferecia ao pensamento psiquiátrico e à psicanálise. Para Binswanger, fazer análise existencial na área da psiquiatria, significa examinar e descrever como os diferentes doentes mentais, e cada um à sua maneira, concebem o mundo, estabelecem seu eu e, no sentido mais amplo, atuam e amam. Os comportamentos psicóticos são uma forma de vida. Podem ser compreendidos não só de uma maneira negativa, como anormalidades, mas como formas de ser-no-mundo, que expressam normas pessoais ou normas de modos de expressão. O psiquiatra, nesta visão, precisa assumir que é um psicólogo do seu paciente, além de seu médico. Sua psicoterapia far-se-á a partir do princípio de que o doente é uma “subjetividade”. A escola de Binswanger é conhecida como *Daseinanalyse*, por referência ao ser, *das sein*, do existencialismo alemão, apesar das críticas de que ele se teria afastado de alguns pressupostos heideggerianos básicos (Seguin, 1960:82).

Os hospícios italianos dos anos sessenta limitavam-se, mormente, a codificar as nosologias e a usar uma enfermagem vigilante e repressiva. Pobre de psicanálise - banida que esta fora pelo fascismo - e pobre de psicologia, a Itália não trabalhava em ambulatorios, fazia internações longuíssimas e dava poucas altas. E era herdeira de um número enorme de manicômios públicos, ampliados e reforçados durante o governo de Mussolini, que não se abriram para as reformas do pós-guerra, em contraste com outros países europeus mais industrializados. Predominava um modelo médico organicista, como mostra Vieira Filho (1981:81). Aí estava o terreno ideal para o surgimento do grito de alerta, de Binswanger e Basaglia. As regras daquela psiquiatria onde não pode haver subjetividade foram contestadas. A exclusão do doente e a violência institucional que diversos setores da sociedade impõem sobre ele passam a ser temas importantes, neste contexto. A realidade do paciente mistura-se com os resultados de uma postura segregante para com a loucura. O movimento Psiquiatria Democrática resolve abordá-los dentro das instituições e na vida social: o quanto o *acting out* e a agressividade do paciente são sintomas da doença mental ou são reação - quiçá até legítima - diante dos poderes sociais que não lhe deixam outras alternativas além daquelas de seguir a triste “carreira moral de doente mental”, estudada por Goffman (1978)?

Críticas ao Terapeuta Metálico

O pensamento de Sartre¹⁸, no tocante à relação entre razão e violência, após ser filtrado por Laing e Cooper (1976), vai encaixar-se nas necessidades teóricas de Basaglia. É feita então a crítica a um tipo de relação médico-paciente, nas instituições públicas e mesmo nas privadas, de tipo “metálico”, ou “de pedra”, onde qualquer reciprocidade é negada. E se enuncia que a doença mental, cuja etiologia é ainda desconhecida, requer intuitivamente um tipo de relação oposta àquela adotada hegemonicamente na Europa continental dos anos sessenta.

Quanto à sua teoria sobre a doença mental em si, Basaglia, ao rejeitar as simplificações do organicismo, viveu o paralelismo entre uma posição calcada no existencialismo e outra, calcada em teorias sociológicas de procedência norte-americana. O quadro paranóide vai ser o seu modelo de doença mental a estudar. A novidade que Basaglia traz à psiquiatria é a de ver a

¹⁸ Jean-Paul Sartre, filósofo existencialista francês, autor de Esboço de uma Teoria das Emoções.

paranóia pelos olhos de sociólogos como Norman Cameron (1943, apud Basaglia, 1978:39). Ela é resultado ou manifestação de uma desordem na comunicação entre o indivíduo e a sociedade. Daí a sua preocupação em aprofundar o conceito e descrever processos pelos quais, na dinâmica dos distúrbios mentais, se verifica esta ruptura da comunicação. O paranóide, por situações de stress incomum, e pouca capacidade de aprendizado social, tem reações sociais inadequadas. A partir de fragmentos de comportamentos sociais com os outros, o paranóide constrói, em sua mente, uma pseudo-comunidade imaginária, focalizada sobre ele, que destoa do consenso geral. Suas reações a esta pseudo-comunidade imaginária o jogam em conflito aberto com a comunidade real, que passa a exercer sobre ele um rígido controle. Quanto mais o paranóide reage contra sua imaginação, mais os outros reagem contra o paranóide. O delírio e o comportamento a ele associado vão ser compreendidos num contexto de exclusão, que reduz a troca e rompe a comunicação (Basaglia, 1978:41).

A atenção que o psiquiatra voltava ao indivíduo, desloca-se para a relação, a troca, o convívio e para o entendimento do processo social implícito. Os fatores externos que agem sobre o comportamento paranóide, atenuando-o ou incrementando-o, são buscados: momentos de crise ou de fracasso, ameaças a valores, graus de tolerância, formas de diálogo, e assim por diante. Isto não implica em rejeitar o uso de psicofármacos, mas seu valor fica diminuído e será julgado no contexto da relação. O que se critica é o uso do psicofármaco como arma de exclusão.

A exclusão, na obra de Basaglia, adquire uma natureza conspirativa, a partir de uma comunicação entre os excludores. A conspiração que o paranóide vê, apesar de ser outra coisa, tem algo de real. Os excludores se defendem da relação incômoda, alegando fastio de um lado e periculosidade de outro. O delírio vem a ser reforçado, desta forma, pelo vazio que se faz em torno do paranóide. Há, pois, uma construção real, da qual o delírio é apenas um dos vários elementos (Basaglia, 1978:66). É nos outros elementos que Basaglia vai procurar dados para uma teoria e uma prática, voltando um descrédito à pesquisa no sujeito. A loucura é, então, vista apenas enquanto parte da sociedade. A ação dos profissionais da Saúde Mental contra a segregação pode melhorar a sociedade. Cuidar e libertar o corpo do doente seria trazer porções de liberdade à sociedade, seria cuidar do corpo de todos nós.

Na dimensão social, busca-se, pois, a esperança de revolucionar a concepção de subjetividade em psiquiatria. Parece-nos, porém, que esta passagem, de um existencialismo a

um sociologismo, nunca se faz de forma serena, firme e confiante. Por isso dizemos que se mantém, equilibradamente, um paralelismo. A morte de Basaglia, em 1980, dá-se num tempo de atenção, em nível mundial, sobre sua ação social prática e sobre seu discurso sociológico. É sintomático que seus companheiros Pirella e Tranchina escolham, entre seus textos, para reedição, um escrito de treze anos, em que ele bebe nas águas de Binswanger (Basaglia, ([1967] 1980).

Loucura Não É Só Sofrimento Institucionalizado

A hipertrofia da dimensão social da Reforma Psiquiátrica muitas vezes desfoca a discussão da concepção psicológica. Basaglia, ao colocar a doença entre parênteses, deixa seus discípulos sem uma teoria da psicose: loucura é miséria, delinquência, resultado da opressão, seqüela da segregação. Ou loucura é uma condição humana, a ser respeitada, nos direitos dos cidadãos. Não se sabe o que ela é. Ela pode ser tudo, ou nada. O que os psiquiatras sabem, junto com Basaglia, pela prática vinda do convívio nos hospitais psiquiátricos, é que a loucura é sofrimento¹⁹. Basaglia não está com os poetas e os artistas idealizadores da loucura, com aqueles que a vêem como libertação²⁰. Daí uma sua diferença em relação a Cooper. Não a nega enquanto doença, daí que é contrário ao pensamento de Szasz. Mas a definição do que é a loucura, Basaglia opta por deixar em suspenso, entre parênteses. Ainda que influenciada por Laing e Cooper, esta vertente italiana marca, porém, forte diferença com a antipsiquiatria de Thomas Szasz. Este viu na doença mental um mito, uma invenção dos psiquiatras, uma etiqueta atribuída para controlar quem viola certas normas. Tal postura antipsiquiátrica e

¹⁹ O conceito de doença mental implica, para De Salvia e Crepet (1982:24) em contemplar três itens: desvio, sofrimento psíquico e gestão institucional. O sofrimento necessita de algumas condições especiais para se tornar objeto da psiquiatria e da psicologia. Há vários modelos de doença mental: médico, moral, psicanalítico, social, etc. Nossa sociedade seleciona majoritariamente aquele que é visto como o mais completo, o modelo médico, afirma Arthur (1971, apud De Salvia e Crepet, 1982:24). Cabe à psiquiatria e à psicologia debruçarem-se criticamente sobre o modelo médico, e não declararem-se incompetentes para lidar com o que Gallio e Gianicheda (1982:259) chamam de "herança" dos hospícios desativados, cujos clientes nem ficarão todos curados e nem desaparecerão. Exige-se, portanto, novos modos de leitura da cadeia de eventos que traz alguém à psiquiatria.

²⁰ Pelbart (1988:X) relata uma opinião segundo a qual existiriam dois enfoques correntes, irreconciliáveis, sobre a loucura: o clínico e o cultural. De um lado estariam terapeutas ocupados com o sofrimento psíquico e de outro os fascinados pela loucura, com interesses culturais, poéticos e filosóficos. Os que convivem com loucos reais vêem a loucura como dor e ruína. Os que vivem - ao menos fisicamente - longe dela, mantêm acesa a chama de um imaginário ancestral sobre a insensatez.

sociologista foi, desde cedo, pesadamente criticada na Itália: ela significaria cometer o erro idealístico de separar o corpo da psique e de julgar que uma sociedade totalizante, alienante e violenta como a sociedade capitalista, “se limite apenas a condicionar, selecionar e discriminar os indivíduos sem causar neles graves lesões funcionais e orgânicas mesmo ao nível do sistema nervoso central”(Berlinguer, 1976:18). Genericamente, sob o rótulo da antipsiquiatria, nos anos sessenta e setenta, foram jogadas diversas correntes do pensamento, que pouco tinham em comum, exceto a crítica aos abusos cometidos nos asilos. A antipsiquiatria, como movimento, foi contraditória, mas serviu de fermento crítico (Jervis, 1977:135). Muitos de seus expoentes rejeitaram o rótulo de antipsiquiatras por se perguntarem o que fazer para além da crítica, já que “a loucura não é uma solução” (Marcos, 1983:8). O próprio Szasz acaba vendo a psiquiatria como uma “ação social” e o psiquiatra como conhecedor do “comportamento de jogo dos pacientes psiquiátricos, famílias, grupos e da sociedade em que vive”. O psiquiatra seria então alguém capaz de dividir seu conhecimento com aqueles que o contratam, como um expert, para os que desejam aprender alguma coisa com ele (Szasz, 1979:228). Então, mesmo em Szasz (1970), para quem a doença mental é uma metáfora “presa à letra”, ela não deixa de ter consequências que demandem resposta. Contra ele, é Cooper ([1967]:44) quem frisa a ilusão criada pelo delírio do paciente sobre o psiquiatra, caso este o aceite literalmente²¹. O contrário do literal não é, necessariamente, o metafórico. A realidade existencial de uma pessoa, como diz Cooper, transcende esta oposição.

Um Efeito Colateral: o Ativismo sem Subjetividade

Sendo este o contexto, não havia como fazer evoluir a compreensão da especificidade subjetiva da psicose, pois a fenomenologia clínica não levou Basaglia a se interrogar sobre o sujeito deste fenômeno. A vertente sociológica, em que pese sua importância ao coletar, comparar e apresentar dados, não tem meios para chegar ao âmago da questão. Para muitos seguidores de Basaglia, o vácuo criado pelo apego a esta vertente - fenômeno da época e da geografia - abre campo para um pragmatismo onde a atuação prática, a partir dos serviços públicos, deixa de lado o estudo, o aprofundamento e a pesquisa clínica.

²¹ Thomas Szasz (1979), cuja leitura de Freud é muito pobre, não demonstra sofrer sob o peso da questão levantada por Cooper. Mascara-a, ao escolher, como seu modelo exemplar de doença mental, a histeria, que não tem delírio, em vez de uma psicose.

O mito da prevenção espalha-se à medida que começam a ser implantados na Itália, nos anos setenta, os cursos de psicologia. A proposta de atuação para os psicólogos é, coerentemente com a época, sobre os locais onde ocorrem as causas dos distúrbios psicológicos (escola, família, local de trabalho), em detrimento do atendimento ao indivíduo. Lembrando-se da referida conspiração contra o paranóide, “a prevenção é o reverso da conspiração e do complô”, vai nos dizer Viganò (1997:51). Para este autor, o modelo paranóico permanece como pano de fundo. As ciências humanas supõem, pois, dar-nos um saber que repelirá as causas da patologia. A prevenção, neste sentido, é a resposta ilusória gestada em cursos universitários e entregues à sociedade, fugindo das questões da subjetividade. Daí para a frente, os serviços de atenção psicossocial correm o risco de confirmar uma vocação pedagógica dos profissionais de Saúde Mental em detrimento dos “específicos” psicológico e psiquiátrico. Incapacitado, por desconhecimento ou por formação, de agir sobre o simbólico, o profissional idealiza uma ação sobre o real social e se contenta em discursar variantes sobre esta utopia. Trata-se de um discurso de matriz sociológica, com pontos cujo valor não se descarta, mas que é inútil, caso pretenda ser central, totalizante ou único. É um dos candidatos à substituição dos antigos discursos filantrópicos do tratamento moral.

A Crítica Basagliana ao Vírus Social

O projeto moderno de conceitualização social da loucura fora precedido pelo projeto higienista e eugênico da aurora do século. Encontra sua forma na psicologia e na psiquiatria comunitárias, e em especial nas representações da *prevenção primária* da doença mental, vulgarizadas a partir de conceitos desenvolvidos por Caplan (1980). É possível dizer-se que há várias leituras de Caplan e há, inclusive, atividades desenvolvidas sem qualquer leitura. Basaglia critica, neste meio, o que ele chama de “*descoberta do vírus social*” da doença mental. A “crença” neste vírus gera a ilusão de se poder resolver as questões psiquiátricas somente por soluções sociais: trata-se de abdicar da nossa responsabilidade de técnicos e estudiosos da psicologia e da psiquiatria, para transferir a nossa ação, de um plano real, a um plano ideológico (Basaglia, [1967] 1980: 241).

A questão crucial que se coloca ao técnico é a de como não deixar o paciente abandonar-se no papel de doente, como fazer para não cultivar a sua regressão:

“Se o doente sofre do seu não ser livre, do seu não estar ‘seguro’, [...] o mais grave risco, por parte do psiquiatra, é o de perpetuar esta sua não liberdade através de um laço de dependência” (Basaglia, [1967]1980:243).

Um Parêntese para Ouvir Melhor

Trabalhar sobre este aspecto pode dar a impressão, ilusória, de desviar-se do trabalho sobre a doença em si:

“Não é que nós prescindamos da doença”, diz Basaglia (1980:31-32), “mas consideramos que, para haver uma relação com um indivíduo, seja necessário levá-lo em conta independentemente da etiqueta que o defina. Eu me relaciono com um homem não pelo nome que ele leva, mas pelo que ele é”.

O que ele propõe, portanto, é que os profissionais da psicologia, da enfermagem e da psiquiatria façam um esforço de escutar o interlocutor, colocando a doença “entre parênteses” e que ajam sobre a dialética sofrimento-marginalização que a doença esconde.

A partir daí, a psiquiatria do nordeste italiano, em vez de liberalizar a instituição do asilo, como se fez em outros países, faz a “negação institucional”. Esta negação define-se por uma recusa do estilo tradicional de trabalho em “instituições-totais” e recusa do estilo de trabalho em “comunidades terapêuticas”. A intervenção técnica da fase de negação institucional caracteriza-se por priorizar as relações sociais e grupais do paciente crônico internado, ou em alta recente.

A fase de negação institucional, teoricamente gestada no hospital de Gorizia, dá lugar a outra, levada a cabo, na prática e na teoria, em diversas províncias diferentes. É marcada pelo lema “*A Liberdade É Terapêutica*”. Ocorre abrindo espaços sociais de liberdade nas micro-

instituições do seu cotidiano, quebrando elos de tutela e reclusão que a sociedade espera e exige dos técnicos (médicos, psicólogos, enfermeiros, etc.) para com os doentes.

Após o Plebiscito da Lei 180

A aprovação, pela Itália, da Lei 180, de 13 de maio de 1978, sobre exames e procedimentos voluntários e obrigatórios na assistência psiquiátrica, vem proibir a criação de novos hospitais psiquiátricos e fixa uma data (o ano de 1981) além da qual não são aceitas novas internações. Transforma o que era discurso utópico em realidade jurídica. De fato, a realidade manicomial italiana não muda rapidamente. Por vários anos, muitos hospitais continuam fazendo reinternações de seus antigos pacientes crônicos. Estes fregueses de muitas internações demonstram não conseguir viver fora do macro-hospital sem voltar, de tempos em tempos, em crises de reagudização ou com pedido voluntário de internação. Mesmo em comunidades onde os técnicos, administradores e políticos se empenham na Reforma Psiquiátrica, precisa-se, ainda por anos, administrar este problema. Em Arezzo, em 1978, internam os últimos dez pacientes coagidos ou por encaminhamento judicial. Em 1979 reinternam, ainda, sessenta e nove pacientes, voluntariamente, com dificuldades de inserção na sociedade (Attenasio et al., 1982:91). Na metade da década dos oitenta o problema desaparece. Era fruto da inexperiência dos centros ambulatoriais de higiene mental e da falta de melhores estruturas extra-hospitalares. Na região de Gênova, mais populosa, onde a reforma andou mais lenta, o Hospital Psiquiátrico Quarto, que gradualmente vinha diminuindo seus internamentos, em 1981 ainda fez seiscentas e três admissões. O Hospital Cogoleto, na mesma região, fez, naquele ano, quinhentas e trinta admissões.

O prazo para o fechamento dos manicômios dilatou-se até janeiro de 1997, tendo enfrentado fortes resistências, especialmente nas regiões do sul. Em várias províncias, porém, foram fechados, a partir de dentro (isto é, pelo trabalho de técnicos dentro da instituição, ao estilo da “negação institucional”) quase todos os hospitais psiquiátricos, num prazo de vinte anos.

Quando o utópico vira real, algum encanto se perde. Nos anos oitenta, após a aprovação da Lei 180, o que era um movimento de prática unitária em todo o país, fragmenta-se em práticas locais, “de caráter tático e intra-institucional, que se exprimem em uma série de

projetos políticos regionais, provinciais e zonais”, relata o napolitano Sérgio Piro (1980:1). Distanciam-se os técnicos que trabalham dentro dos macro-hospitais dos que só atendem em centros de higiene mental (como são chamados os ambulatórios de atenção psico-social italianos). Os últimos só internam seus pacientes em hospitais gerais, não mais em hospitais psiquiátricos. Vão montando um discurso cada vez mais longe daquele usado na fase de negação institucional, movimento tipicamente hospitalar.

Novas Preocupações na Comunidade

Até a aprovação da Lei 180, a crítica dos inovadores era dirigida à cultura psiquiátrica positivista e reducionista, ao psicanalismo e à psiquiatria comunitária preventivista. Seus instrumentos metodológicos levavam à crítica prática das instituições manicomiais e do saber a elas adaptado. O resultado disto foi diminuir a influência e a presença das “construções psicológico-psiquiátricas de marca positivista” (Piro, 1980:14), de tal forma que o serviço público italiano não pudesse mais voltar às formas anteriores de fazer psiquiatria.

Nos anos oitenta as preocupações passam a ser outras. Giram em torno dos limites e da miséria de qualquer psiquiatria possível - tema levantado por Rotelli e a equipe de Trieste - e em torno da dialética entre o abandono e o controle - tema de De Salvia e Casagrande, do Vêneto. Poderiam os pacientes, libertos da marginalização própria dos métodos asilares, cair em outras formas de marginalização e abandono social, diluindo-se entre os vagabundos, os desempregados, os mendigos e os pequenos delinquentes? Os que saíssem dos hospícios ficariam jogados pelas ruas, perambulando sem destino, passando fome e frio? Ou poderiam se tornar vítimas de algum novo sistema de severo controle social, diluído de forma quase invisível, capilarizado em meio à comunidade?

O que se vê na Itália é uma abertura de fato, muito mais lenta do que seus autores esperavam, num processo ao longo de duas décadas, para os crônicos que habitavam os manicômios. E há uma abertura de direito, para aqueles que necessitam de tratamento após a impossibilidade legal de recolhimento asilar. A imposição de uma data final, pela lei, no início de 1997, serviu para chamar a atenção da opinião pública sobre a existência dos asilos italianos e sobre a existência de gente vivendo dentro deles.

Os Técnicos Dando Conta da Lei

Pietro Maria Zini (1997), chefe de um serviço de Saúde Mental da região de Trento, relata sua sensação, por ocasião da aprovação da Lei 180, de os profissionais terem sido alvejados com perguntas de jornalistas, de familiares, de doentes, de cidadãos interessados. Poucos perguntavam se eles conseguiriam dar conta dos termos da lei e respeitar o prazo definido. A maioria, preocupada, perguntava o que aconteceria depois, o que seria das pessoas atualmente internadas, para onde iriam os novos doentes incapazes, que demandavam custódia. Nem todos se dão conta de que há quase vinte anos o tratamento de doenças mentais ocorre nos centros de Saúde Mental, hospitais-dia, hospitais-gerais e outras estruturas. Nem todos se dão conta de que há quase vinte anos os internamentos em macro-hospitais psiquiátricos estão proibidos. Continua Zini:

“Contribui, talvez, à desinformação, o equívoco de falar de fechamento definitivo dos manicômios. Em vez disso, a necessidade é a definitiva superação do que resta daqueles que foram os grandes hospitais psiquiátricos. Não que o restante seja pouco: as pessoas internadas nos manicômios ainda são muitas. Simplesmente este restante não se confunde com a assistência psiquiátrica para a população em geral, que hoje é absorvida através de canais diferentes, com modalidades que excluem a custódia dos pacientes. Estes canais não aparecem de forma igual nas várias zonas do país: conseguir uma provisão adequada de serviços territoriais, inclusive nos lugares em que atualmente eles não existem é, portanto, uma das realizações necessárias e almejadas para se alcançar a definitiva superação dos manicômios” (Zini, 1997:2).

O reverso da medalha é o desmantelamento definitivo do que resta dos macro-hospitais, destinando sua estrutura física a outras finalidades. O grande problema está na realização de um trabalho prático de reabilitação com seus habitantes crônicos. Isto é assunto, segundo Zini (1997:2) para ser resolvido pelas pessoas que permanecerem dentro destas instituições, tanto pacientes quanto funcionários. Muitos destes pacientes não se acostumam fora do hospital pela precariedade dos serviços externos, ou pela sua enorme necessidade pessoal de assistência, difícil de encontrar fora. Outros, pela ausência de laços com o exterior, ou pelo medo de mudanças, ou pelo desejo de continuar naquilo que, por muitos anos, tornou-

se a sua casa. Alguns, pela preocupação com a precariedade econômica e muitos por já serem idosos.

Quanto aos funcionários, a experiência de Gênova é ilustrativa. A transferência dos funcionários dos macro-hospitais aos centros territoriais de Saúde Mental dá-se na base da opção voluntária. Como numa hemorragia, quase todos os funcionários mais motivados e empenhados se vão para os novos serviços. Fica cada vez mais difícil ver, na massa dos que escolheram ficar no hospital, quantos estariam disponíveis a não sair (Calderaro et al., 1982:141). O acordo para efetivar as cedências deu-se com a participação das entidades sindicais, garantindo que não houvesse prejuízos nos proventos dos funcionários.

Os Legisladores Deixaram a Caixa Vazia

No início de 1997, época em que deveriam desaparecer todos os manicômios italianos, Franca Basaglia Ongaro, em entrevista ao jornalista Maurizio Chierici (1997), mostra sua preocupação com novas possíveis protelações, e avalia:

“Podem fechar os hospitais onde administrações e funcionários preencheram o vazio de um Plano de Saúde que nunca foi apresentado [pelo Ministério da Saúde]. Os outros são obrigados a se adequar. A lei 180 é uma lei qual um quadro, uma caixa, que os legisladores deverão encher. Não o fizeram, mas as realidades locais (Trieste, Arezzo, Bari, et cetera) se arranjaram sozinhas. Santa Maria da Piedade, em Roma, é a surpresa. E outras cidades estão a ponto de fechar. No entanto grande parte das famílias sofreu sem a ajuda da rede de serviços, que é indispensável, no território” (Basaglia Ongaro apud Chierici, 1997:43).

O despreparo que a lei encontra, em áreas populosas como a de Roma, não está só no plano quantitativo e organizativo dos serviços, mas também no cultural e no científico. O empenho dos funcionários, não obstante os altos níveis de angústia que sua nova situação suscita, busca preencher os vazios deixados na assistência e trocar a lógica da instituição manicomial, que cobria, de certa forma, as demandas da população, por uma pluralidade de

exigências apresentadas pelo doente psiquiátrico, em vários níveis diferentes (individuais, sociais, reais, fantasiosos...)(Bacigalupi et al., 1982:106).

A Superação do Asilo Implica em Condições

A superação do asilo não significa apenas uma transferência do ato terapêutico para a realidade comunitária, mas a alteração de sua qualidade. Veneza é uma realidade urbana e turística singular, onde as pessoas vivem em ilhas. Apesar de ter todas as facilidades administrativas e políticas para a aplicação da reforma, sua experiência mostra como o medo da loucura está enraizado. Por fora das propostas oficiais, *o pedido de manicômio* - a exigência popular de lugares de concentração com regras repressivas - mostra-se

“bem enraizado na cultura de nossa sociedade e não desaparece por ‘uma mágica’, eficácia da nova lei que não se pode provar, e nem pela autoridade científica de qualquer psiquiatra. A modificação vem através de lentos processos de averiguação coletiva, através de uma verdadeira e autêntica renovação cultural sobre os temas da marginalização e do sofrimento psiquiátrico” (Casagrande et al., 1982: 158-159).

Se há riscos de se espalhar o germe da cultura manicomial pelas unidades territoriais de Saúde, há riscos também por parte

“daqueles que apenas animados por boas intenções, tomados pela ânsia da urgência, temerosos de não saber demonstrar que a Reforma Sanitária é ponto pacífico irrenunciável e temerosos do risco de perder o contato com os outros, aceitam a tensão sob um plano ideológico e se resolvem num ativismo vulgar” (Piro, 1981, apud Casagrande et al., 1982:159).

O campo de trabalho da equipe de Saúde Mental não mais é constituído pelo sofrimento institucionalizado em longas internações manicomiais. O campo é um sofrimento disseminado, difundido nas unidades sanitárias, nos ambulatórios das várias especialidades

médicas, nas instituições que empregam psicólogos e assistentes sociais, nas igrejas e em grupos de auto-ajuda monitorados. O que é trazido para este campo são queixas de pessoas que sofrem e pedem ajuda. Há problemas próprios da clientela, que podem ser transformados em sintomas a serem trabalhados. Enquanto eles acontecem, muitos técnicos não os vêem, preocupados que estão com o que chamam de “prevenção”. Comumente desviar a atenção para a “prevenção” de transtornos mentais e problemas psicológicos significa ao técnico remover de sua frente toda a complexa temática teórica relativa ao espaço conflituado e plurideterminado da subjetividade.

Mudanças do enfoque em psiquiatria e em psicologia sociais, acompanham-se de uma troca dos instrumentos operativos, troca da clientela e troca de campo de trabalho. Pode-se, pois, reciclar velhas técnicas e velhas representações (como as que eram úteis na vida cotidiana dos macro-hospitais e as da psiquiatria higienista e eugênica) ou pode-se criar novos estilos de trabalho, para agir em um terreno ainda não codificado e nem definido.

As experiências alternativas, extra-asilares, “não podem fornecer modelos simples e lineares, como acontece na luta anti-manicomial” diz Piro (1980:20). “A confusão”, continua ele, “entre ideologia das teorizações e aprofundamento dos instrumentos críticos criou muitos danos”. Muitas vezes, quando já há condições para se operar uma prática que pode ser ampliada, perde-se tempo antagonizando-se todos os aspectos do agir psiquiátrico, já bem criticados, por falta de informação e pela hipnose da ideologia, que cega para a amplitude do campo.

Num *insight* genial, na prematuridade de 1974, o secretário nacional de Psiquiatria Democrática, Gianfranco Minguzzi, enunciava em Gorizia, que

“não basta dizer: realizemos a ‘comunidade terapêutica’, ou, ainda melhor, ‘fechemos os manicômios’, ‘eliminemos as classes especiais’. Estes objetivos são sempre válidos, devem ser colocados com força, mas a experiência mais recente mostrou que não são suficientes e talvez não sejam nem realizáveis sem algo a mais. E chegamos assim ao segundo tipo de experiência, as iniciativas de gestão alternativa. Com este nome aproximativo tento me referir a toda uma série de experiências de assistência extra-manicomial, no território. Experiências interessantes e ricas, sobretudo pelos seus aspectos políticos enquanto colocam, se conduzidas corretamente, de modo inevitável e evidente, a questão

da integração com as outras formas de intervenção sanitária (por exemplo a medicina do trabalho) e daí se impõem à opinião pública, comprometendo tendencialmente as forças políticas” (Minguzzi, 1974: 17-18).

Psiquiatria Democrática não tinha como proposta reivindicar no abstrato aos governos, delegando a eles as soluções imaginárias: os técnicos ligados a ela criavam situações técnicas, geriam as situações criadas e buscavam demonstrar seus resultados e suas eficácias.

Em Busca de Uma Nova Relação

Os serviços ambulatoriais italianos rejeitam a comparação com os serviços franceses, da “psiquiatria de setor”. Sublinham não serem um simples fato de ordem geográfica e nem uma medida meramente organizativa dos serviços sanitários e sociais (De Salvia et al., 1974:190). Não querem, por trás de uma aparente reforma técnica, servir de reforço às formas de interação, técnicas e ideológicas que marcavam o trabalho nos hospícios, de tradição tão forte naquele país. Temem que uma reestruturação da psiquiatria, mesmo moderna e mais eficiente, venha a manter as velhas formas de relação e abordagem do paciente. O manicomialismo italiano poderia se manter e se renovar, portanto, através de um modelo de rotulação e discriminação difundido pelos serviços de higiene mental, tanto por consultas individuais, como por reuniões com famílias e por trabalhos em grupos. Era a discussão do método psicológico, da relação técnico-cliente, da psicologia médica, que estava oculta, ora mais, ora menos, por trás da linguagem fortemente ideológica que, no cotidiano, criticava os serviços tradicionais e a “ciência oficial”, biologistas, organicistas.

Os métodos tradicionais para abordar a loucura mistificavam a técnica e o saber do técnico, atribuindo a ele supostos conhecimentos que poderiam evitar que a loucura eclodisse. Muitas vezes serviam aos interesses de rejeição ao paciente, que a sociedade apresentava. Controlavam os comportamentos desviantes segundo desejos marginalizadores. Adaptavam os indivíduos a rígidas condições impostas, como a vida grupal fechada. A assistência extra-hospitalar precisaria se livrar da influência de tais métodos.

Superação do Asilo e Ato Jurídico

O problema da psicologia e da psiquiatria no território, nas comunidades, não se resolve, pois, pelo fechamento, por lei, de cima para baixo, dos hospitais psiquiátricos. Lutar pela “superação” dos manicômios é a palavra de ordem de Basaglia. Superação que, somente em alguns momentos se identifica com o ato administrativo e jurídico²². Que é mais ampla do que a confecção e a aplicação de leis. O fechamento dos hospitais é medida concomitante ao desenvolvimento de alternativas operacionais dentro de serviços localizados num distrito sanitário, num território delimitado. Pode-se preencher ilusoriamente o vazio humano pela ideologia. A ideologia do fechamento dos manicômios pode tornar-se, neste momento, uma ideologia com fim em si mesma, para aplacar a ânsia de algo que defina as insuficiências de nossas práticas. E para aplacar a dor inerente ao contato com as limitações das ciências naturais e humanas na abordagem da loucura. A decepção dos seguidores de Pinel, que foram otimistas em relação à cura pelo convívio dentro do asilo, tem sua sucessora no fim do século XX e no início do século XXI: o fim do manicômio também não cria uma sociedade sem desvio social e sem sofrimento psíquico.

Outras Possíveis Ilusões “Técnicas”

Por outro lado, a sociedade busca delegar aos técnicos a missão de resolver problemas que a incomodam. A existência da loucura, da melancolia e do abuso de drogas, por exemplo. Os técnicos tendem a responder à demanda social com racionalizações de tipo: “- Então vamos fazer um projeto de prevenção de doenças mentais e de abuso de drogas”. Ou: “- Criemos um conselho com representantes técnicos, representantes das instituições interessadas e representantes de outros conselhos para debater e resolver o problema”. Ou: “- Façamos um grande seminário, com pasta de papel, logotipo, *coffee-break*, palestrante-convidado de outra cidade, e tudo o mais, para discutirmos o problema e, a partir dele, começarmos a encontrar uma solução”. Esta atitude de delegação, e de “solução técnica”, alvo da artilharia basaghiana, é um mecanismo social e político que se reproduz.

²² Lembremos, aqui, a reflexão de Pierre Bourdieu (1996:28), para quem aqueles que opõem “ao direito mágico ou carismático do juramento coletivo ou do ordálio um direito racional fundado na calculabilidade e na previsibilidade, esquecem que o direito mais rigorosamente racionalizado é sempre e tão-somente um ato de magia social que deu certo”.

O voluntarismo humanista pode ser presa fácil deste jogo de delegações e de ilusões técnicas. Depois de anos de macro-hospitais inúteis às necessidades subjetivas dos pacientes, pode-se cair no trabalho inútil, desta ordem, na comunidade. A estrutura de atendimento, mesmo reformada, como diz Rotelli (1974:230), pode servir de espaço de institucionalização e de segregação da doença.

O que vem à discussão é o papel profissional da equipe terapêutica diante do desvio social, da segregação e da marginalização. O discurso basagliano é coerente com o contexto cultural e histórico da época. Antecipa-se ao problema da marginalização no pós-modernismo, já em 1971, com Franca Basaglia Ongaro e outros, no volume *La Maggioranza Deviante* (A Maioria Desviante), em que se debruça sobre as possibilidades da ideologia do controle social total. Marcando os limites conceituais do desvio, que é sociológico, e da doença, que é psicopatológica, alerta para os riscos de a Saúde Mental ser chamada a substituir a falta de soluções dos problemas sociais, perdendo-se numa missão adaptativa sem reflexão nem senso crítico.

Esta vertente da psiquiatria social toma de Gramsci o conceito de “hegemonia”: conjunto de processos pelos quais uma classe social consegue colocar-se na construção ativa da cultura e da concepção que a sociedade tem de si, e pelos quais consegue exercer uma capacidade de direção própria, no confronto com outras classes. Os processos de controle social e de desvio são examinados à luz do conceito gramsciano de hegemonia. Isto diferencia o discurso italiano do discurso da psiquiatria de setor francesa, ou dos discursos dos países anglo-saxões.

A Desconstrução do Sujeito como Pura Consciência (ou: As Limitações do Eu Existencialista)

Passada a Guerra Fria, caído o muro de Berlim e extinta a União Soviética, a tradução e a leitura de inúmeros textos produzidos no âmbito da Psiquiatria Democrática esbarram na densidade ideológica do discurso da época. Fazer uma leitura aprofundada de tais textos implica em buscar o que sobra para além da conjuntura, e para além do discurso do existencialismo politicamente engajado, sartreano, e de um marxismo europeu ocidental, comum entre intelectuais formados nos anos sessenta e setenta.

O *eu* existencialista é centrado no que Freud conceitua como sistema percepção-consciência e organizado pelo que Freud chama de princípio da realidade. Aprendemos com Jacques Lacan (1996:102), que o existencialismo do pós-guerra “só se capta dentro dos limites de uma auto-suficiência da consciência”. Fiado na ilusão da autonomia, nutre-se singularmente de empréstimos retirados da experiência analítica. A complexidade dos temas da loucura transborda o mundo das opções conscientes, das ações políticas e da pregação de ideais sociais. É com ironia mas com muita propriedade que René Major se pergunta:

“Bastaria mandar o louco à cidade para dar direito de cidadania à loucura, bastaria trancafiar o delegado da ordem da razão, que é o psiquiatra, para que a loucura encontre a sua liberdade?”(Major, 1994:42).

Não é através da crítica, como Basaglia, em torno da ideologia psiquiátrica, que Lacan derruba conceitos da velha psiquiatria francesa. É através da pesquisa clínica. Com Clérambault aprendera a não se fixar nos fatos, que o paciente pode negar sempre, e sim a procurar os pontos de vista do paciente, que estão em fórmulas específicas. Devolve, pois, à psiquiatria, o senso de que ela sofre de uma dependência da linguagem (Viganò, 1997a:43).

Os limites da teoria basagliana estão na sua noção de sujeito. O sujeito, nesta visão, é consciente. O terreno sobre o qual se dá a articulação teórica é a consciência. Daí que

“se falta uma luta revolucionária, isto é, uma batalha política no sentido estrito do termo, a equipe curadora não consegue forjar os instrumentos para a própria renovação interna: permanece uma equipe burguesa em um mundo burguês. Esta equipe pode somente tender à pré-figuração das relações sociais de tipo diverso, mas não pode colocá-las em ação: faz um trabalho parcial e indicativo” (Basaglia et al., [1968] 1994:39).

Creemos que a renovação de uma equipe, mesmo “permanecendo burguesa”, assim como o alcance de setores da obra do próprio Basaglia, mesmo sem que ele o soubesse - ou talvez soubesse - pode-se dar, inclusive onde a “luta revolucionária” não viceja. Abandonados os ideais de totalização, da historicidade teleológica, entende-se a permanência e a circulação

dos discursos. Nem sempre eles têm eficácia simbólica ou efeitos práticos. Correm no mundo do imaginário. Não são imunes às apropriações desfiguradoras. Não deixam de ser absorvidos pelas máquinas de poder e nem escapam da seletividade estrutural das instituições governamentais. Mas seguem circulando, de diversas formas, com vida própria, entre os vivos.

O Circunvagar das Palavras

O fantasma de Basaglia - seu discurso - é um encosto na política de Saúde Mental do Brasil, da OMS, e de tantas outras. Encosto ora benvindo, ora maldito, que baixa para romper com a tranquilidade das fórmulas prontas, quer seja as da tradição asilar, quer seja as dos movimentos preventivistas, quer seja as dos idealismos antimanicomiais e antipsiquiátricos.

Não nos interessa, aqui, falar das obras dos autores dos quais nos nutrimos, mas falar com as obras. Conversar com os textos implica em não só ultrapassar as barreiras da língua, mas as do contexto.

De maneira quase imperceptível, sintagmas e fragmentos do discurso basagliano perdem-se e acham-se, ocultam-se e surgem, nos textos oficiais da Saúde Pública brasileira e nas conversas cotidianas dos técnicos da Saúde Mental e de seus administradores. O vocabulário é uma língua bastante fiel de todos os conhecimentos de um povo (Diderot) e com eles é possível fazer uma história da liberdade e da escravidão (Rousseau), das opiniões, dos preconceitos, das superstições, das crenças de toda ordem (Michaelis), repete-nos Foucault (1995:103). “Desinstitucionalização”, “evitar a internação ao máximo”, “internação em hospital geral”, “evitar rotulações”, “inserção na comunidade”, “superação do manicômio”, são expressões que podem servir de pista para a procura do que sobrevive, no cotidiano dos profissionais, do discurso de Basaglia e da sua época. A estes fragmentos de discursos correspondem representações, conhecimentos e práticas. Tais discursos, representações, conhecimentos e práticas estão pulverizados tanto entre os que reconhecem e admiram o mestre, quanto entre os que o repudiam e entre os que o ignoram.

O discurso tem este poder: penetrar por outros meios que não os do saber consciente. As linguagens desenrolam as representações e as palavras segundo uma sucessão que elas mesmas definem. Na linguagem guardam-se os tesouros do que soubemos ou pensamos, pois

“as palavras, na sua rude repetição, estão distribuídas nessa linha mediana pela qual a ciência se emparelha à percepção, e a reflexão às imagens. Nelas, o que se imagina torna-se o que se sabe e, em contrapartida, o que se sabe torna-se o que se representa cotidianamente” (Foucault, 1995:104).

Na Área da Relação com o Impensado

Em “As Palavras e as Coisas” Foucault esclarece como conhecimento e linguagem estão estreitamente entrecruzados. Conhecer e falar implicam em analisar a simultaneidade da representação, distinguir-lhe elementos, estabelecer relações que os combinam e sucessões segundo as quais podemos desenvolvê-los. As línguas são, pois, ciências incultas: sabemos das coisas com as limitações que temos, do jeito que podemos, e assim falamos das coisas. Falando colocamos representações em ordem. Somos a linguagem que falamos, na qual nosso pensamento desliza, limitado pelo sistema da própria linguagem, sob o peso de sedimentações que jamais poderemos atualizar inteiramente.

Sendo o único ser que pensa, o homem tem uma relação com o impensado. A articulação entre o pensamento e o impensado exige uma reflexão que afasta de Descartes. Uma arqueologia do conceito de inconsciente nos levaria ao nascimento simultâneo com o da idéia de “homem”, mostra Foucault (1995: 342). O homem abstrato, descoberto como objeto das ciências humanas, é filho do *cogito* cartesiano. Ao ver-se como um objeto estudável e compreensível pela razão, descobre-se também fora de si, em algo impensado, inconsciente, que o perpassa de ponta a ponta e ao qual é preso. O abismo escuro onde está a parte alienada é uma presença que o homem racional tenta esconder, sem sucesso. Meio milênio de astronomia copernicana convivem com o céu ptolomaico do horóscopo. Cem anos de Darwin habitam ao lado de um Senhor que fez Adão do barro e lhe soprou nas ventas. As neurociências e as psicologias são colegas de quarto de Satanás, que se diverte num mundo cheio de possessões.

A psicanálise e a etnologia, com suas inquietações, vêm ocupar um lugar privilegiado neste mundo. É a psicanálise que tenta colocar a representação em suspenso para transpô-la e deixar brotar a significação. É a etnologia que abala o senso de historicidade. Ela nos dá noção de pertencer a uma cultura que pode se ligar a outras. Traça o contorno das representações que os homens podem dar de si e de sua vida através da linguagem. A

psicanálise e a etnologia têm um campo comum: o campo do simbólico, que integra os sistemas econômicos, os de parentesco e os da religião. Não esqueçamos que Lévi-Strauss apoiou-se em Marcel Mauss, ao comparar o xamã em transe com o neurótico e, como Mauss fazia desde 1924, definiu a vida social como “um mundo de relações simbólicas” (Dosse, 1993:48).

Exclusão e Integração: Os Lados de Uma Moeda Contemporânea

Se a tese original de Foucault sobre a loucura precisou do Maio de 68 para ser transformada em fonte de inspiração de movimentos de contestação das práticas asilares, seus maiores críticos, Marcel Gauchet e Gladys Swain, não empanaram sua importância metodológica quanto à valorização do recalcado e à busca da verdade nos não-ditos de uma sociedade que se desvenda pelo que esconde.

Gauchet e Swain (1980) afirmam que o louco é aceito, no século XIX, na medida em que o consideram expressão de uma espécie infra-humana, pois a diferença não conseguia abolir a familiaridade. O louco, visto então como *alter ego*, é objeto dos esforços de normalização pela psiquiatria, mais do que de exclusão, sob os ideais da utopia integradora.

O dilema exclusão ou integração parece-nos ser o dilema dos polos opostos de uma mesma estrutura. Apesar de opostos, são polos complementares, na unidade formal do modelo. A sociedade que rejeita e a que cria os dispositivos visando incluir é a mesma. A loucura e o tratamento da loucura provêm de um mesmo mundo humano, que produz razão e desrazão, ordem e desordem (Serrano, 1997:7).

As ciências e as técnicas que abordam a loucura são permeadas de influxos históricos e no seu otimismo reproduzem o discurso social. Ciência e piedade, clínica e humanismo, pesquisa e política, técnica e caridade estiveram presentes juntas no mito de Pinel ao desacorrentar os loucos e querer dar-lhes, através do asilo psiquiátrico, a liberdade pregada pela Revolução. Quão longe e quão perto estamos deste iluminismo, ao falarmos em fechar os manicômios?

2. ANOTAÇÕES LINGÜÍSTICAS E EPISTEMOLÓGICAS: POR UMA MAIÊUTICA DA SAÚDE E DA DOENÇA MENTAL

A Prosa da Saúde, da Doença e do Mental

Por apoiar-se na psicologia, a psiquiatria também tem um pé nas ciências naturais e outro nas ciências humanas. Por isso, talvez, mais do que qualquer outro tema da biologia, a questão da doença mental penetrou polemicamente nas ditas ciências humanas. Na sociologia colocou-se a dúvida sobre a existência de doenças desta ordem. Já se vão três décadas desde que Thomas Szasz escreveu *O Mito da Doença Mental*, popularizando, até um certo ponto, a negação e a rejeição da idéia de “doença” mental. Sua influência, direta ou indireta, mostra-se viva em alguns textos brasileiros atuais²³. Denota também a existência de um nó, típico dos anos setenta, já abordado pelo movimento de reforma psiquiátrica italiano, que encontra dificuldades, em nosso meio, para se desfazer. Se pretendemos aprofundar um pouco estes pontos, precisaremos fazer algumas reflexões, inicialmente com a ajuda da lingüística e da epistemologia, sobre a questão da saúde mental, da doença mental e de suas metáforas.

Conceituar saúde mental tem sido um esforço para muitos autores, quase todos marcados por redundâncias e ambigüidades.

Começemos com alguns conceitos mais atuais correntes, para depois buscarmos suas raízes. Marçal Ribeiro (1996) dedicou-se a fazer um apanhado destes conceitos. Neles, saúde mental é associada a “ausência de doença mental” (Hildegard e Atkinson); a estado da pessoa “bem ajustada” ou de “boa adaptação” (Hildegard e Atkinson, Cabral e Nick, Chaplin, English, Menninger); a “estado mental normal” (Warren); a “condição e nível de atividade social que sejam socialmente aceitáveis e pessoalmente satisfatórios” (Bohem); a “capacidade de medida para frear e controlar impulsos” e “desenvolver aptidões” (Soifer).

Madel Luz (1979) diferencia saúde, com minúscula, para referir-se ao estado biológico individual e Saúde, com maiúscula, para falar das instituições de cuidado e assistência. O termo

²³ No universo acadêmico catarinense, que nos é mais próximo, por exemplo, pode-se ressaltar Correa (1980), Teixeira (1991), Walendowski (1991), Teixeira (1993), Santos (1994), Grigolo (1995), Silveira et al. (1996), Puel, Brum, May et al. (1997).

Saúde Mental é usado correntemente em órgãos públicos: Curso de Saúde Mental Coletiva, equipes de Saúde Mental, ambulatórios de Saúde Mental, e assim por diante. Campo de saber e sistema, teoria e ação, a Saúde Mental tem sido pregada pela Organização Mundial da Saúde nos últimos trinta anos, em forma de propostas de planejamento e organização de serviços públicos. Alguns autores, nos últimos anos, superpõem “Saúde Mental” a “psiquiatria” e “história da Saúde Mental” a “história da psiquiatria” (Marçal Ribeiro, 1996). Grafamos psiquiatria, especialidade médica, com minúscula, assim como psicologia, física, e outras disciplinas.

A importância da Saúde Mental cresceu como atuação multidisciplinar e multiprofissional a partir da “conscientização da comunidade profissional e científica de que o campo de atuação de um único profissional isolado” - o psiquiatra - “pode apresentar importantes limitações” (Arruda, 1996:9). No entanto as dificuldades de conceituação de saúde interagem com práticas, crenças, valores e formações profissionais diferentes, a ponto de eclipsar o seu conceito: “é como se o conceito de saúde mental tivesse sido condenado a ser um ponto de apoio básico, um alicerce indispensável escondido debaixo da terra, sem ser visto, sem ser comentado, sem poder ser apreciado e entendido” (Arruda, 1996:9).

No mundo institucional da Saúde Mental, signos se repetem e tornam-se conhecidos. Ele dá, pois, possibilidade às pessoas de falar, de organizar e originar falas sobre o tema. Ocorre aí uma formação discursiva, sustentada nas relações profissionais. Estas relações são o horizonte, com suas formações imaginárias, suas representações sociais, que remete a enunciados. Na formação discursiva o sujeito se reconhece no outro - mesmo que ilusoriamente - e adquire identidade (Pecheux, 1975, apud Orlandi, 1996:58). O gênero de discurso daí decorrente passa pelo interdiscurso: por aquilo que foi interdito, apagado, ou está nublado, oculto, borrado. O interdiscurso adquire uma primazia, já que não é possível falar, enunciar, a não ser de múltiplos lugares: são muitas as abordagens de um objeto e são divergentes os métodos de arquitetura dos discursos. No interdiscurso estão as possibilidades de ancoragem de um discurso em diferentes contextos reais, imaginários, ou simbólicos. São possibilidades que envolvem sempre múltiplas interpretações e têm a ver com lugares a partir dos quais se montam relações.

Os textos são heterogêneos, como demonstram os ícones que se ligam às conceituações de saúde mental. A palavra “texto” é usada em lingüística para referir-se a

qualquer passagem, falada ou escrita, de qualquer extensão, que forma um todo unificado (Halliday e Hassan, 1976:1), significativo. Trata-se de um contínuo contextual caracterizado pelos “fatores de textualidade: contextualização, coesão, coerência, intencionalidade, informatividade, aceitabilidade, situacionabilidade e intertextualidade” (Fávero, 1995:7). O texto tem uma multivocidade que lhe é inerente: pode ter muitas leituras.

Texto e discurso muitas vezes se confundem, pois têm pontos em comum. O discurso, porém, é definido por sua relação com a exterioridade, com o que lhe dá significado e, mesmo assim, não aparece no texto. Sua significação não está nas palavras e relações do texto e sim em algo que o sustenta por fora do conjunto do texto. Logo, é atividade comunicativa em dada situação, englobando os enunciados produzidos “e o evento de sua enunciação” (Fávero e Koch, 1983:25). Não tem como função constituir a “representação fiel de uma realidade mas assegurar a permanência de uma certa representação” (Vignaux, 1979:67-86, apud Orlandi, 1988:55). Por isso o discurso é considerado parte de um mecanismo ou funcionamento, correspondendo a um certo lugar no interior de uma formação social. Na gramática clássica a anáfora é a repetição de uma palavra no princípio de diferentes frases para dar-lhes referência, logo, proporcionar coesão e coerência. Já a anáfora discursiva precisa levar em conta o contexto situacional, inclusive as questões exofóricas, fora do texto. Ela “retorna um *já-dito* presente no interdiscurso específico do discurso em questão” e assim “interliga elementos presentes na materialidade discursiva com elementos que dela estão ausentes, mas que podem ser recuperados no interdiscurso” (Indursky, 1996:7).

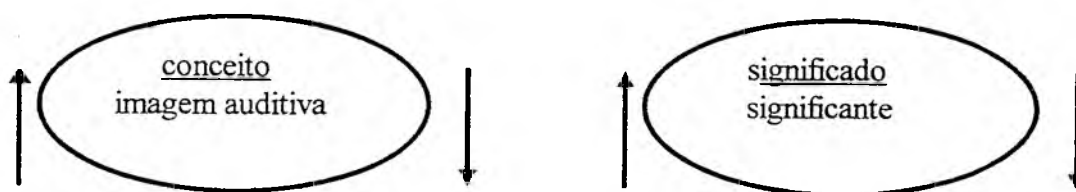
Levando em conta o âmbito da interdiscursividade, tentaremos levantar algumas questões sobre a saúde mental e a doença mental, sobre as formações discursivas envolvidas, sobre como interagem com a conjuntura histórica e social mais próxima e sobre como interagem e se delimitam entre si.

A Arbitrariedade dos Signos: A Língua Não é uma Simples Nomenclatura

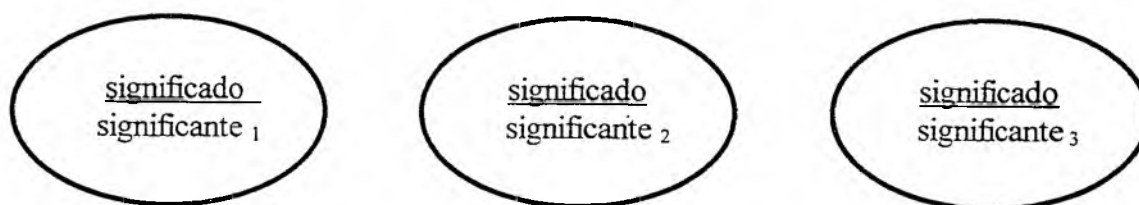
Na comunicação animal, mesmo nos casos complexos, como o da dança das abelhas, a conduta que significa a mensagem a ser passada é um “decalque” da situação objetiva, da única situação que possibilita uma mensagem, sem nenhuma variação ou transposição possível. Ora, na linguagem humana o símbolo em geral não configura os dados das experiências, no sentido

de que não há relação necessária entre a referência objetiva e a forma lingüística, ensina Benveniste (1991:60). A língua não cria um meio fônico material para a expressão de idéias, mas intermedia o pensamento e o som, decompondo e delimitando o pensamento, que é caótico por natureza. A combinação de pensamento com som “produz uma forma, não uma substância” (Saussure, 1975:131). A escolha de tal porção acústica para tal idéia é arbitrária, do ponto de vista da lingüística. É a coletividade que vai estabelecer valores e consensos sobre o uso do signo arbitrário. Saussure define como “uma grande ilusão considerar um termo simplesmente como a união de certo som com um certo conceito”. Isto seria acreditar na possibilidade de construir um sistema começando pelos termos (Saussure, 1975:132). A língua não é uma simples nomenclatura.

Um conceito tem sua contraparte na imagem auditiva. A relação conceito-imagem auditiva está no interior do signo:



Esta relação, este signo, é contraparte também de outros signos da língua. O valor de um termo da língua resulta da presença simultânea de outros termos, como Saussure representa:



Ora, se cada significante nesta cadeia é um termo diferente, o valor dos termos constitui-se por uma coisa dessemelhante, suscetível de ser trocada por outra, e por coisas semelhantes, comparáveis. Assim, carneiro_(port.) = sheep_(ing.). Porém a carne de carneiro à mesa, é *mutton* em inglês. Porco = pig ≠ pork = porco: outro exemplo culinário. As palavras não representam conceitos dados de antemão. Por isso não há tradução perfeita das palavras de uma língua para a outra, havendo sempre conteúdos residuais não traduzíveis. É o que se vê, para tomar um exemplo bem conhecido na psicologia, quanto às dificuldades havidas na tradução de Freud: como dizer acuradamente *verneinung* ou *trieb*, em português? Como

resolver as confusões da relação da palavra *angst* com as palavras angústia e ansiedade, uma vez que intercambiam-se diferentemente em espanhol, português, inglês e alemão?

Dentro de uma mesma língua ocorrem significados discrepantes para uma mesma palavra (sem falar de palavras homógrafas e homófonas) ligados por um jogo de semelhanças e dessemelhanças, trocas e comparações.

A. J. Greimas, na trilha de Saussure, vê a língua não como um sistema de signos, mas como uma associação de estruturas de significados. Para ele o significado é indiferente em relação ao significante utilizado (Schmidt, 1978:66). A apreensão do significado se situa na percepção, que é um domínio não verbal. A semântica seria a tentativa de descrever o universo das qualidades sensorialmente perceptíveis. Tema, aliás, já levantado por William James em 1890, quando discute a precariedade da semântica para os objetos da psicologia (James, [1890] 1971).

A Etimologia de Saúde Mental e de Doença Mental

À primeira vista, a expressão *saúde mental* leva à contraposição com *saúde física* e com *doença mental*, que por sua vez se contrapõe a *doença física*.

Ao dizer-se *saúde mental* ou *doença mental* não se tem um enunciado com articulação tema-rema. Não é como dizer “a doença está no pulmão”, onde ocorre uma progressão temática: doença = tema, está no = transição, pulmão = rema. *Saúde mental* e *doença mental* são sintagmas. Sintagmas são combinações pronunciáveis compostas de duas ou mais unidades consecutivas, encadeadas, que adquirem seu valor porque se opõem uma a outra ou a ambas. Consideramos, como relações sintagmáticas, as oposições não só entre *saúde* e *mental*, mas entre *saúde mental* e *saúde*, entre *saúde mental* e *mental*. Vejamos, primeiro, à luz da lexicologia.

A conceituação de saúde da Organização Mundial da Saúde compõe-se de expressões como “estado de bem-estar” e “não apenas a ausência de doenças”. O dicionário escolar de Silveira Bueno (1992), adotado pelo MEC, define saúde como “estado do que é são ou de quem tem as funções orgânicas no seu estado normal; vigor; robustez; disposição do organismo...”. O dicionário etimológico-prosódico do mesmo autor (1988) define saúde como

“sanidade, perfeito equilíbrio das funções vitais, vigor físico”. Vem do latim “salutem”, do mesmo tema de “salvus”, salvar, salvação. Salvar, de “salvare”, é livrar de grave risco, de perigo de vida, redimir, libertar.

Mental é “relativo ou pertencente à mente; intelectual; espiritual”. Vem do latim “mentalis”. Mente é “faculdade da alma, intelecto, inteligência, entendimento, espírito”. Vem do latim “mens”, “mentis”. O dicionário escolar traz ainda “imaginação; intuito; aspecto psicológico das funções biológicas do organismo segundo Noyes”. Alma, vinda de *anima*, é o princípio espiritual do ser humano. Espírito, vindo de *spiritus*, é o princípio imortal, a alma, e figuradamente é inteligência, temperamento, disposição natural.

“Saúde mental” opõe *saúde* (estado de quem tem as funções orgânicas no seu estado normal) a *mental* (pertencente à mente). As funções orgânicas (da saúde) no seu estado normal já não podem mais ser orgânicas: passam a ser funções mentais no seu estado normal. Seria o perfeito equilíbrio da mente, do que não é organismo: um vigor que não é físico, que é da faculdade da alma, do espírito, do intelecto. O termo *mental* marca uma dessemelhança de *saúde*, sozinha, para *saúde* no sintagma. A definição do psiquiatra norte-americano Noyes, é incorporação mais recente, já psiquiátrica, ao dicionário. Os textos de Noyes incorporaram-se ao livro - texto de Kolb (1976).

Doença é “falta de saúde, perturbação da saúde” no dicionário escolar e é “enfermidade, sofrimento”, no etimológico. Vem do latim “*dolentia*”, de *dolere*, doer. Doente é “enfermo” e vem do latim “*dolenten*”, de *dolore*, doer, sofrer. Doer é “sentir dor, pena, sofrimento”. Outro derivado de *dolere* é o adjetivo *dolente*, definido como “triste, melancólico”. Dor é “sofrimento”. Pena é “punição, sofrimento, compaixão”. Melancolia é o nome tradicional da depressão nos meios médicos, inicialmente usado por Hipócrates, significando alteração do temperamento por desequilíbrio de humor.

A primeira definição de doença, como falta ou perturbação da saúde é negativa. Sua existência se deve ao termo oposto, saúde. Neste caso, “doença mental” também fica marcada pela dessemelhança que a palavra *mental* introduz. Não há desequilíbrio das funções vitais, não são as funções orgânicas que saem da norma. O desequilíbrio é da mente. Desequilibrar é “instabilizar, perder o centro de gravidade, enlouquecer, desproporcionar”. Seu antônimo, equilibrar é colocar em ponto justo de gravidade de tal forma que não tombe, que oscile igual

(*aequi*: igual; *librare*: oscilar). Norma é “regra, modelo, medida, esquadro”. Normal é “conforme a norma comum, regular, habitual”. Regular vem do latim “*regula*”, régua, peça para traçar linhas retas. Esquadro é instrumento, régua especial, que proporciona ângulos retos.

Na segunda definição, etimológica, doença é dor e sofrimento. Doente é o sofredor. Sofrimento e dor opõem-se, pois, a saúde. A palavra mental, também aqui, marca alguma dessemelhança, mas parece ser explicativa, adendar: o que tem dor, o que sofre, sofre na alma, no espírito, na psiqué. Psiqué, ou psiquê, vem direto do grego “*psychè*”, alma. É o “conjunto das manifestações espirituais do ser humano, o conjunto de suas tendências características”. Psíquico é “relativo às manifestações do espírito, à psiqué”.

Canguilhem na Busca dos Textos

Já em 1943 Georges Canguilhem lançou sua magistral tese sobre o normal e o patológico, que tira a discussão das limitações do léxico para juntá-la aos contextos históricos contemporâneos.

Foi com Pasteur que nasceu a teoria microbiana das doenças, que talvez deva parte de seu sucesso à semelhança com a representação ontológica do mal. O micróbio é o mal localizável, visível ao microscópio. A medicina grega antiga apresentava uma concepção diferente, dinâmica e totalizante. No mundo grego a natureza (*physis*) é harmonia e equilíbrio. A perturbação desse equilíbrio é a doença, para os hipocráticos. A doença não está numa parte do homem: está em todo ele. A doença é uma reação generalizada com intenção de cura, é um esforço da natureza para obter um novo equilíbrio. O parâmetro hipocrático e galênico não foi abolido. O pensamento dos médicos oscila, até hoje, entre essas duas representações da doença, a da Antiguidade e a de Pasteur, que Canguilhem classifica de “duas formas de otimismo” (Canguilhem, 1982:21). Avitaminoses e infecções caem numa teoria, perturbações endócrinas em outra, por exemplo. A doença é luta, difere de saúde. O patológico difere do normal, até aqui.

O desejo de forçar a natureza a dobrar-se ao homem, desde o século XVIII, levou a pesquisas sobre as relações da doença com o estado normal. À patologia científica coube a

missão de delimitar e determinar o mal. Thomas Sydenhan e Geoffroy Saint-Hilaire buscam a ordem que há nas doenças, a regularidade das anomalias. Harvey e Haller iniciam uma “anatomia animada”, que veio a ser fisiologia. Morgagni associou lesões de órgãos definidos a sintomas estáveis, iniciando a anatomia patológica. Esta evolução resultou na formação de uma teoria na qual os fenômenos patológicos nada mais são do que “variações quantitativas, para o mais ou o menos, dos fenômenos fisiológicos correspondentes” (Canguilhem, 1982:22). O patológico é hiper ou hipo. Doença e saúde não são opostos qualitativos, forças em luta, nesta teoria. Por isso, restabelecer a continuidade entre o normal e o patológico é levado tão a sério que o conceito de doença quase se desvanece. O que antes era apenas objeto de angústia, de dor para o homem, agora passa a ser objeto de estudo para o teórico. Nesta linha expande-se o pensamento de Augusto Comte e de Claude Bernard sobre as ciências biomédicas. A doença estimula, desde então, a busca do saber, pela observação e pela experimentação.

Os textos médicos positivistas localizam-se no contexto europeu do século XIX e levam em conta os precedentes culturais deste contexto. Newton e Laplace deram a idéia da natureza como determinismo, moldada em leis a serem descobertas. Haeckel entra com a idéia da “unidade maravilhosa” entre a natureza orgânica e a inorgânica. Charles Lyell traz a noção de tempo geológico, cósmico. Engels, o de luta na natureza. Darwin, o de evolução. T. H. Huxley tenta localizar o homem num novo lugar, na escala zoológica e no universo, como bem mostra Baumer (1990:97-128), ao estudar o contexto do mundo evolucionário.

Para Kant, o bem-estar é algo que não é sentido, pois é a simples consciência de viver (Canguilhem, 1982:215). Seu seguidor na medicina foi o teórico Leriche, para quem a saúde é a vida no silêncio dos órgãos. A doença é o que perturba os homens no exercício normal de sua vida e de suas ocupações, fazendo-os sofrer. Aqui a doença é negativa como oposição, não como privação. É uma definição de doença a partir do doente, não do médico. A noção de normal depende da possibilidade de infrações à norma. O conceito de doença de Leriche é, pois, mais amplo que o dos patologistas, apesar de que nem todo silêncio dos órgãos signifique exatamente saúde, já que há doenças que não são sentidas pelo corpo. O fato anatômico, em Leriche, é secundário. Uma lesão talvez não baste para constituir uma doença clínica, a doença do doente. A doença, portanto, é consequência de um desvio, inicialmente mínimo, da ordem fisiológica. A medicina existe porque há homens que se sentem doentes e não porque existem médicos que os informam de suas doenças (Canguilhem, 1982:69). Na tese de Leriche a dor não é normal, apesar de ser detector, sinal de alarme. Dor e doença são, para ele, estados

contrários às leis das sensações normais, conflito entre um excitante e o indivíduo todo. O homem faz inteiro a sua dor, a sua doença, como faz o seu luto. Sua participação pode ser qualificada como um comportamento (Canguilhem, 1982:74). A fisiologia, a partir daí, é coletânea de soluções de problemas levantados pelas doenças e pelos doentes. As doenças, sendo modelos de vidas, modos de viver, permitem revelações sobre as funções normais, ao impedi-las.

O paradigma dominante ao fim do século XIX era o de aproximar o normal do patológico, diferenciando-os só por questão de quantidade. Era um processo próprio da época, nas ciências. As luzes têm diferenças quantitativas, como cores, ao olho humano, mas na ciência são apenas aumento ou diminuição de comprimento das ondas luminosas.

O estado patológico, para Canguilhem, não é simplesmente variação para mais ou para menos, do estado fisiológico. O estado fisiológico não é um simples resumo de quantidades, sem valor biológico. Se fosse simples fato ou sistema de fatos físicos e químicos, ele não teria nenhuma qualidade vital, não seria nem são, nem normal, nem fisiológico. Normal e patológico não têm sentido ao nível em que o objeto biológico é decomposto em equilíbrios coloidais e soluções ionizadas (Canguilhem, 1982:81-82). Se há identidades calculáveis (mais ou menos cálcio no sangue, por exemplo) entre saúde e doença, há também diferenças apreciadas concretamente.

O Normal e o Normativo

A necessidade de terapêutica, que era inicialmente mágica e religiosa é uma necessidade vital diante de perigos e ameaças à vida humana? Como se explica a idéia de desvio e de norma em todos os povos? A normatividade já não está, em germe, na vida, antes da ciência, pergunta-se Canguilhem (1982:97)? Bichat já dizia que há duas coisas nos fenômenos da vida: estado de saúde e estado de doença. Fisiologia e patologia. Nas ciências físicas não há esta polaridade dinâmica e nem a normatividade que os traduz.

A fisiologia está para o movimento dos corpos vivos assim como a astronomia, a dinâmica, a hidráulica, etc. estão para os movimentos dos corpos não vivos. Canguilhem dá-se conta de que estas últimas ciências não têm nenhuma ciência que lhes corresponda como a

patologia corresponde à primeira. Daí que nas ciências físicas não há qualquer idéia de medicamento ou de trazer de volta propriedades afastadas de seu tipo natural.

Unificar todos os movimentos como naturais, unificar as leis da vida natural e da vida patológica era o sonho positivista. A vida não é indiferente às condições que lhe são impostas, não ocorre como os objetos de estudo da mecânica. Dejetos são excretados, obstruem ou envenenam o meio interno, de acordo com a norma “que é a atividade do próprio organismo”, a normatividade biológica (Canguilhem, 1982:98). Não há indiferença biológica: há normas sãs e normas patológicas, de naturezas diferentes. A vida em si mesma, e não a apreciação médica, mostra Canguilhem, faz do normal biológico um conceito de valor e não um conceito de realidade estatística.

Neste aspecto, as anomalias são diferentes das anormalidades, como já reconhecia Saint-Hilaire, na primeira metade do século XIX. A anomalia é variação individual e não é patológica, necessariamente. Sua patologia só surge se for sentida como obstáculo ao exercício das funções, como perturbação, nocividade. “*Pathos*” implica “sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada” (Canguilhem, 1982:106).

Em certo sentido, ter uma saúde perfeita contínua seria um fato anormal. Saúde de modo absoluto, total, é mero conceito normativo e pleonástico. Saúde, como se usa, é conceito descritivo, qualificado, de bem orgânico, que implica um valor. O homem normal é o homem normativo, o ser capaz de instituir novas normas, mesmo orgânicas (Canguilhem, 1982:109), em diferentes condições. A doença é também uma norma, uma norma que não tolera desvios, que é incapaz de se transformar. Pode haver para um enfermo uma atividade possível e um papel social condigno. A limitação forçada à invariabilidade é que colide com o ideal da norma, que é a adaptação possível e voluntária. O doente não é anormal por ausência de norma e sim por incapacidade de ser normativo.

A doença não é um resíduo do comportamento normal: é um modo de vida reduzido. mas não deixa de ser uma vida nova, com novas constantes fisiológicas e novos mecanismos para obter resultados. A cura muitas vezes não é apenas a volta à antiga normalidade. Ela pode implicar em novos conteúdos, no reaparecimento de novas normas individuais. A vida eventualmente propicia reparações sem que haja reversibilidades.

A vida biológica em si não reconhece as categorias saúde e doença, a não ser no plano da experiência. Esta experiência é provação (não o ato de provar experiências científicas), provação afetiva: aflição, dor, sofrimento. É também a experiência de criar e seguir novas normas de vida, de ser normativo. O corpo, neste caso, é meio de ação. O homem não se limita ao seu corpo, ao organismo: o míope normal na sociedade agrícola é anormal na aviação, o anormal na escola fica normal se usar óculos.

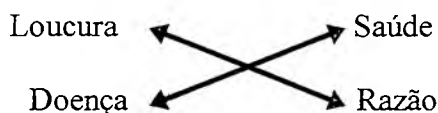
Há Metáforas no Corpo?

Passado mais de um lustro desde que Canguilhem escreveu sua tese, ela se mostra profundamente atual. Porém, a plasticidade e a singularidade dos processos de adoecimento colocam problemas ainda longe da compreensão. Em especial quando eles se produzem de forma a dizer-se que envolvem a “dimensão subjetiva”: anorexia nervosa, baixa de imunidade associada a emoções, gastrites psicossomáticas, e tantas outras. Entrar nas questões da subjetividade, palavra de vários sentidos e de origens diversas, no tocante à doença, significa desafiar e mesmo abrir mão dos paradigmas cientificistas, positivistas, que imperam sobre vastas áreas da medicina. Para falar do homem, ser “a um mesmo tempo natural e extranatural” (Ortega y Gasset, 1963:38), a ciência é compelida a abordar sua capacidade metaforizante. Discursos atuais ampliam a metáfora para além da lingüística, recolocando velhos problemas médicos. Repetidos episódios de herpes labial teriam a mesma categorização que um caso de úlcera péptica? Ou ainda, como se classifica, por exemplo, um paciente asmático que apresenta episódios esporádicos de dermatite alérgica e desenvolve hipertensão arterial após a perda de um cônjuge? (Castiel, 1994:67). A doença demanda, talvez, conceptualizações simultâneas desde o macrossocial até o molecular, no nível explicativo e no compreensivo, conforme diz Lyon (1993:77-97). Aparentemente o propósito da intervenção terapêutica se estende para além de proporcionar suportes simbólicos para controlar a doença. Ele visaria reconstruir propriedades metafóricas para lidar com a existência e, conseqüentemente, resistir imunologicamente às agressões (Castiel, 1994:87). Muitos problemas insolúveis são jogados na cesta da psicossomática. Umas doenças seriam “mais psíquicas”, outras “menos”. As doenças, defende Dejours (1991:94), são do corpo, o qual, na maioria das vezes, tem lesões orgânicas. Não é a doença que é psicossomática e, sim, a abordagem clínica e teórica. Não há

doenças psicossomáticas, ou, também pode-se dizer, todas as doenças são psicossomáticas, neste sentido.

A Razão do Louco e a Saúde do Doente: Estruturas Opostas Não Se Anulam

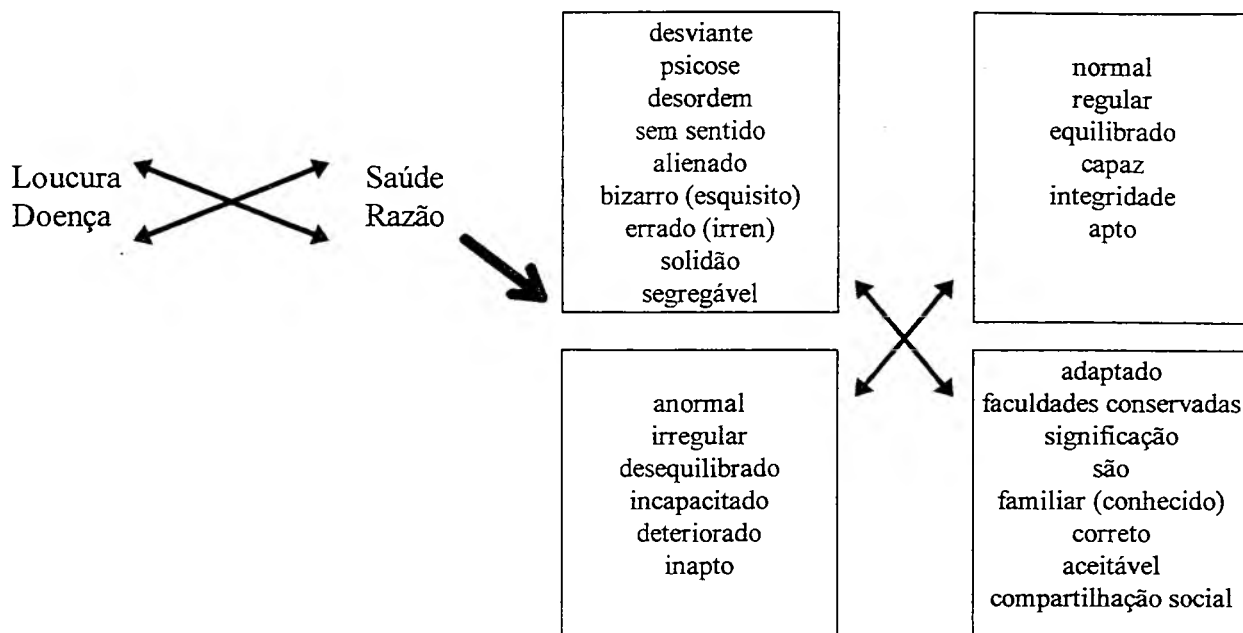
Numa leitura sumária da linguagem cotidiana, do senso comum, podemos afirmar que a palavra loucura, em nossa época faz uma série com vários equivalentes (doideira, maluquice, alienação, insanidade, etc.) que se opõe a razão e a equilíbrio dos afetos (sentimentos, paixões, emoções, humor). Doença se opõe a saúde. Se montarmos o diagrama de oposições, como no quadro seguinte, veremos que há certa equivalência, pelas regras desta estrutura, entre saúde e razão, bem como entre doença e loucura



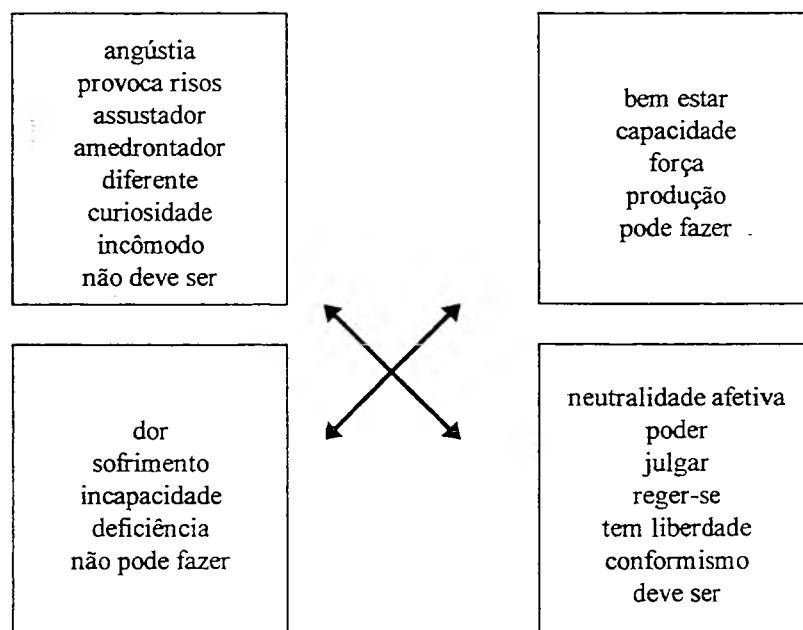
Contudo, estas oposições montadas na linguagem cotidiana, são virtuais e às vezes ilusórias. O louco virtualmente tem razão. O doente virtualmente tem saúde. No louco e no doente há sempre um pouco de razão e de saúde, mesmo nas concepções e na linguagem populares. Isto fica bem visível quando se ouve: “- Como é que para saber dos seus interesses não é doente?” “ou “- Para isso ele não é louco!”. É só por simplificação que se exclui, na afirmação inicial da loucura, a existência de razão e vice-versa. Na aparente contradição há, pois, possibilidades diferentes embutidas. Não há universalidade em qualquer dos quatro termos. A afirmação de um, não significa a negação e nem a afirmação dos outros:

$$\left[\begin{array}{c} \text{Loucura} \\ \text{Doença} \end{array} \neq \begin{array}{c} \text{Razão} \\ \text{Saúde} \end{array} \right] \approx \left[\begin{array}{c} \text{Loucura} \\ \text{Doença} \end{array} \approx \begin{array}{c} \text{Razão} \\ \text{Saúde} \end{array} \right]$$

A estrutura simplificada desta oposição entre os pares pode evoluir, em áreas reificadas, para termos usados nas ciências humanas. É o nível abstrato, como o chama Landowski (1979:121) .



No nível figurativo, das mitologias, do folclore, da literatura e diríamos, das representações sociais, nosso diagrama ficaria:



A Metáfora da Língua

Nos manuais da língua, a metáfora é figura de linguagem, recurso que torna a língua mais expressiva e que faz parte não só da língua literária mas do uso corrente (Luft et al., 1995:435). Já Lakoff e Johnson (1980, apud Pontes, 1990:36), indo além da “figura de linguagem”, entendem que as metáforas estruturam nosso pensamento. É possível pensar em conceitos abstratos, como o de tempo, por exemplo, só através de metáforas. Elas nos fornecem o meio de falar destes conceitos de uma maneira coerente. Estruturamos, pois, estes conceitos de maneira metafórica. Incorporadas no dia-a-dia, passa despercebido o fato de que são metáforas. Perder tempo e economizar tempo são expressões que só aparecem no contexto cultural do capitalismo, dizem Lakoff e Johnson. Tais metáforas que estruturam um conceito são “metáforas estruturais”: permitem conceber as idéias através delas. Várias metáforas que estruturam um conceito mostram-se coerentes entre si, pela sobreposição de suas implicações.

Diante de conceitos perturbadores e enigmáticos, buscamos transformá-los em algo com o qual possamos lidar, como um objeto ou ser (Pontes, 1990:40). Assim criamos a esfinge, meia leão, meia humana. É também desta idéia que parte Moscovici (1978), ao dizer que as pessoas buscam ancorar algo desconhecido em algum conceito familiar, bem como objetificar conceitos abstratos, ao montar as representações sociais.

A metáfora desencadeia um processo de associações imagéticas ou verbais e a busca do significado de sua enunciação pode necessitar de uma ruptura no texto, que impulse o ouvinte ou o leitor a querer entender. A ruptura, segundo Paschoal (1990:124), provoca uma “suspensão semântica” do teor, que deixa temporariamente de ter sua referência convencional para buscá-la por anáfora ou catáfora, através de pistas, em textos precedentes ou subsequentes. Se, por um lado, como diz aquela autora, há ruptura sintático-semântica e suspensão semântica do teor, por haver uma intenção metafórica do enunciador, há também, em nosso entender, casos em que não há intenção metafórica consciente. Há em tais situações, apenas o uso trivial de um recurso comum, cotidiano, em uso, que se impõe, porque “os processos de pensamento humano são grandemente metafóricos” (Lakoff e Johnson, 1980:6, apud Tolentino, 1990:87). Substantivos abstratos correspondentes a conceitos complexos portam uma característica metafórica usada no dia-a-dia, como saúde, alma, mente, identidade, loucura, doença, possessão. São palavras que provocam imagens variadas, com variados

significados possíveis. O falante dirá sempre mais do que quer dizer, ao escolher quaisquer dos significados.

Paschoal (1990:120) ensina que há metáforas novas (de invenção, originais) e metáforas velhas (de uso, cristalizadas); há metáforas *in praesentia*, nas quais teor e veículo estão no texto, e metáforas *in absentia*, nas quais o veículo está presente, mas o teor não. Neste caso é trabalhoso descobrir o teor e o que constitui a similaridade entre ele e o veículo. Saúde, alma, mente, identidade, loucura, doença, possessão, são velhas, muito velhas, e *in absentia*.

William James, na sua obra psicológica fundamental, ao fim do século XIX, já se preocupava com as dificuldades que a língua impunha. A língua, dizia ele, foi originalmente feita por homens que não eram psicólogos e a maioria dos homens, hoje, emprega quase que exclusivamente o vocabulário das coisas superficiais. As paixões cardinais de nossa vida (raiva, amor, medo ...) e os gêneros mais amplos de sentimentos estéticos (alegria, pesar ...) são os únicos fatos de uma ordem subjetiva que este vocabulário condescende em registrar através de palavras especiais. Qualidades elementares da sensação (brilhante, alto, vermelho, frio ...) são usadas tanto no sentido objetivo como subjetivo. A ausência de um vocabulário especial para os fatos subjetivos obstaculiza seu estudo, exceto para os mais grosseiros (James [1890] 1971:127-128). Diz James que quando os escritores empiricistas cunham uma palavra para registrar um certo grupo de fenômenos, eles se inclinam a achar que existe uma entidade substantiva por trás do fenômeno do qual a palavra deveria ser o nome. E a falta de uma palavra pode levar ao erro oposto, o de supor que nenhuma entidade possa estar lá. É difícil focalizar nossa atenção no seu nome, resultando, portanto, uma certa vacuidade nas áreas descritivas da maior parte das psicologias (James [1890] 1971:128).

Se é justo dizer que “as palavras não significam nem ‘denominam’ as coisas, mas se referem a elas” (Lyons, 1968, apud Indursky, 1996:1), certas palavras abstratas referem-se a conceitos complexos e históricos. Os conceitos evocados pelas palavras “saúde” e “doença” são sistemas metafóricos pelos quais nos referimos, expressamos e conhecemos realidades. Os conceitos mais abstratos são estruturados a partir de conceitos mais concretos. Os mais complexos, a partir dos mais simples. Assim, dizer que “amar é saúde” ou que “o amor é uma doença” é uma construção metafórica evidente. Já, falar da “metáfora da doença mental”

envolve uma complexidade maior, com anáforas discursivas, e processos exofóricos muito extensos.

Szasz (1979:48) vê na palavra doença um significado “literal” (“estado fisioquímico de desordem corporal”) e um significado “metafórico” (“inabilidade e sofrimento”). Na doença mental existe apenas o significado metafórico, alega ele. É por esta crença na literalidade, e pela diminuição da importância do que é metaforicamente manifesto, de parte de Szasz, que para ele a doença mental não existe: seria meramente um mito. Nem os mitos, porém, são gratuitos.

A Potência do Mito e a Máquina Bioquímica

A epistemologia de Gaston Bachelard, a desconstrução da antiga História pelo estruturalismo, a questão da sucessão dos paradigmas científicos, levantada por Kuhn, as colocações sobre o método científico feitas por Lakatos e Feyerabend, abrem caminho para a reflexão sobre as características ficcionais com que se organiza a verdade. Diz Feyerabend (1975:450):

“Hoje damos-nos conta de que o racionalismo, inclinando-se para a ciência, não pode ser de qualquer valia em face da pendência entre ciência e mito e damos-nos conta, ainda, graças a investigações de caráter inteiramente diverso, que os mitos são muito mais válidos do que os racionalistas têm ousado admitir”. [E] “ciência e mito se superpõem sob muitos aspectos”.

Lacan (1995:258-260), na trilha de Freud, Mauss, Lévy-Strauss (1978) e outros, já em 1956 e 1957, indica que o mito, mesmo sofrendo modificações, se repete segundo uma estrutura, mantendo sua ficção ligada a algo que não pode ser separado dela. Em sua eficácia ambígua o mito trata de verdades, da relação do homem com “temas da vida e da morte, da existência e da não-existência, do nascimento, em especial, isto é, da aparição daquilo que ainda não existe”. É esta potência sagrada do mito, diz Lacan, que torna o homem capaz de introduzir na natureza aquilo que une o próximo e o distante (como o homem e o universo) e de introduzir na ordem natural não só suas necessidades (e os fatores de transformação a elas submetidos), mas a noção de uma identidade profunda entre poder manejar e ser manejado

pelo significativo e poder encarnar a instância deste significativo em uma série de intervenções não gratuitas.

Se os mitos podem nos contar verdades, o mito da doença mental, desde que não seja abordado de um ponto de vista moralista e redutor, poderá nos contar verdades.

O Iluminismo, na Inglaterra e na França, buscou quebrar com a tradição mística que sobrava, renitente, da Idade Média. A física de Newton reorientou a filosofia. A psicologia associacionista baseada em Locke, inspirou-se grandemente na revolução newtoniana. Frequentemente pintava o homem como se ele estivesse sob estrito controle do universo, do ambiente. E também montava um modelo de homem baseado em máquinas ou em analogias à mecânica newtoniana (Blumenthal, 1980:33). A funcionalidade de um universo onde se via a gravitação, implicava um movimento que contaminava todas as áreas do saber. O médico, já após a mecânica de Galileu e a arte de Michelangelo, adotara a idéia de movimento, de funcionamento, de fisiologia: mais do que o músculo, via a contração e o seu efeito, “como o artista barroco não vê o olho e sim o olhar”, já observara Sigerist (1932, apud Canguilhem, 1982:166). A preocupação com a descoberta das leis que regem o movimento do homem, assemelhado à máquina hidráulica, mecânica ou a vapor, cresce enquanto se firma a física newtoniana.

A bioquímica e a biofísica, porém, no século XX, chegaram a detalhes no nível das células, como as descobertas da reprodução do ADN e dos receptores sinápticos. A bioquímica molecular ampliou as explicações, que antes só podiam ser dadas em termos de mecânica ou da química das substâncias (déficit, intoxicações, desequilíbrios nas dosagens, etc.). “A metáfora dominante na biomedicina” no fim do século XX, afirmam Benoist e Cathebras (1993) “é a da representação do organismo como uma máquina bioquímica.”

A teoria quântica e o domínio da eletrônica mostram-nos a complexidade da natureza e a ignorância do homem, apesar da tecnologia. Começam a surgir novas metáforas, resultantes da necessidade de ampliar as abordagens sobre o real. Castiel (1994:32) cita, por exemplo, idéias e conceitos como autopoiese, auto-organização, autonomia, ordem, estruturas dissipativas, bifurcação, caos, sistemas não lineares, geometria fractal, holismo, complexidade, entre outras, correlatas, que têm invadido o cenário das ciências humanas, sociais e naturais. Pode-se citar a metáfora do holograma, em que o todo está inscrito nas partes. O “sujeito do

conhecimento”, diante de supostas crises paradigmáticas que estariam ocorrendo, busca outras formas para construir o real, suplantando as limitações impostas pelo modelo cartesiano que disjunta o sujeito do objeto.

O corpo humano não é só matéria e energia, objeto da física, nem só vida biológica, objeto da fisiologia. É também objeto de grande número de representações: sociais, antropológicas, psicanalíticas, econômicas. A metáfora da máquina bioquímica, vigente, corre o permanente risco de atribuir a totalidade do padrão de comportamento doente ao processo das alterações bioquímicas, ou seja, ao processo patológico das substâncias orgânicas em si mesmo. Conhecer a fisiopatologia do enrubescimento, através das reações químicas que propiciarão vasodilatação e aumento do fluxo sanguíneo ao rosto de alguém que cora demais, poderá ter utilidade. Mas não será o mesmo que conhecer os processos individuais de vergonha e de timidez. A produção de psicoses humanas experimentais (como as experiências a que se prestou Aldous Huxley, com o LSD, por exemplo), semelhantes a processos descritos em esquizofrenias, a descoberta das propriedades do lítio, dos neurolépticos e dos antidepressivos, os investimentos na pesquisa da neuroquímica e as facilidades técnicas trazidas por modernos aparelhos eletrônicos (como a tomografia por emissão de pósitrons), apontam a possibilidade de se chegar a comprovar muitas alterações químicas presentes em psicoses.

Lembremos, porém, Canguilhem (1982:159):

“o ser vivo não vive entre leis, mas entre seres e acontecimentos que diversificam essas leis. O que sustenta o pássaro é o galho da árvore e não as leis da elasticidade. Se reduzirmos o galho às leis da elasticidade também não devemos falar em pássaro, e sim em soluções coloidais. Em tal nível de abstração analítica, não se pode mais falar em meio, para um ser vivo, nem em saúde, nem em doença...”. “Pelo fato de o ser vivo qualificado viver no meio de um mundo de objetos qualificados, ele vive no meio de um mundo de acidentes possíveis. Nada acontece por acaso, mas tudo ocorre sob a forma de acontecimentos. É nisso que o meio é infiel. Sua infidelidade é exatamente seu devir, sua história.”

O Dogma da Literalidade

Um símbolo necessita, para se constituir, de uma motivação analógica, da língua e dos discursos, como se depreende de Arrivé (1994:70-77). Os objetos simbólicos são motivados no interior do discurso, são ambivalentes, com significados distintos sobrepostos, e são produzidos por processos enunciativos. Por isso, expressões como “doença” e “saúde”, são arreadas a empreendimentos lexicográficos: a palavra que está no dicionário é uma “palavra da língua”, diferente do símbolo. Contudo, há áreas de superposição, já que os símbolos são motivados. Dentro das formações simbólicas da umbanda é perfeitamente plausível o uso das expressões *doença material* e *doença espiritual* (Montero, 1985:107) bem como na linguagem popular brasileira (Loyola, 1984:163).

A polissemia pode ser circunscrita por discursos determinados social e historicamente, e institucionalizados, como se aprende com Foucault. O discurso, “tecido de signos”, - expressão de Derrida (1973, apud Grigoletto, 1992:32) - é tramado de uma certa forma seguindo um determinado padrão de modo a “construir uma malha fechada, na qual o significante se transforma ilusoriamente em significado” (Grigoletto, 1992:32). É a ilusão necessária para produzir linguagem.

É por causa desta ilusão sempre possível e fundamental, que Grigoletto (1992:33) afirma ser preciso renegar a noção de significado inscrito, fixo e imutável, deixado pelo autor em seu texto: “esta é mais uma vez a metáfora da presença, do significado primeiro, imaculado”. Ler, para esta autora, é “inscrever uma escritura que é única a cada novo ato, pois que se recorta a partir da polissemia de múltiplos significantes, dos quais um é eleito e se instaura (já dissemos, ilusoriamente) como significado”.

O fato é que nenhuma teoria da linguagem conseguiu até hoje estabelecer, diz Arrojo (1992:36), “a partir de pressupostos logocêntricos, distinções objetivas e indiscutíveis entre o literal e o figurado” ... “enquanto propriedades textuais intrínsecas”. O logocentrismo, a que ela se refere, diz respeito às teorias que “compartilham do pressuposto de que é *fora* do sujeito/leitor ou “receptor” que se encontra a origem dos significados” (Arrojo, 1992:35). No fundo, expressa um desejo exigente, segue a autora, de que haja um significado transcendental. Tem a ver com “a crença na possibilidade de oposição objetiva e descontextualizada entre o sentido literal e o sentido metafórico”. Esta crença associa o chamado sentido “literal” a uma

estabilidade de significado inerente à palavra ou ao enunciado, que supostamente preserva a linguagem da interferência de quaisquer contextos e/ou interpretações, deixando ao chamado sentido “figurado” ou “metafórico” um status de derivação, de desvio ou mesmo de parasitismo em relação ao literal (Arrojo, Rajagopalan, 1992:47).

Alguns lingüistas, como Jerrold M. Sadock, tentam chutar a metáfora para fora dos domínios da lingüística, em direção à psicologia, reservando à lingüística apenas o “sentido literal”. Na verdade muitos lingüistas têm encontrado dificuldades para definir onde termina o literal e começa o figurado. A linguagem figurada nasce com o início do falar da criança, desde o princípio. Daí o fato de esta divisão entre literal e metafórico ser artificial. Freud (1920:25-28) já iniciara esta discussão com o relato da história conhecida como “Fort-Da”, que toca na questão da entrada da criança na ordem simbólica²⁴, posteriormente desenvolvida na obra de Lacan.

A psicanálise fundamenta-se na tradição filosófica alemã, de onde toma ferramentas. Avalia os objetos como criação de nossas estratégias interpretativas, na mediação entre o homem e o mundo, pois o real em si é inacessível. O real a que temos acesso é apenas o que vemos, ouvimos, sentimos e interpretamos. A literalidade, o puramente objetivo, que supostamente apreenderia o real, esta sim, é, para Arrojo e Rajagopalan (1992:54-55), na trilha de Derrida, “a grande metáfora primordial criada pelo homem que, entretanto, precisa se esquecer que a inventou para não se lembrar de sua finitude e de suas limitações humanas”.

Uma vez caídos na armadilha da literalidade, sobra-nos compreender a “verdadeira” significação, a única, a palavra divina. Se alguma interpretação não coincide com a do intérprete da palavra, ele crerá que alguém “colocou pensamentos não pertinentes” nas palavras do texto e, em seguida, “fingiu que os havia encontrado nelas”, analisa Ortony (1979:289, apud Arrojo, 1992 a: 101).

²⁴ Freud observou uma criança de um ano e meio que brincava com um carretel, fazendo-o desaparecer e reaparecer. Fort-Da poderia ser vertido ao português como “foi embora - está aqui”. O desaparecimento e a volta dos objetos era encenada pela criança, compensando, numa realização cultural, os momentos de ausência da mãe (Freud, 1920:25-28). É como na brincadeira de esconder o rosto com as mãos, diante do bebê, e fazê-lo reaparecer, com júbilo. Nestas brincadeiras está o aprendizado do ter e do não ter, ganhar e perder, suportar a perda pela encenação, montar substitutos culturais, “sentir anseio desacompanhado de desespero” (Freud, 1926[1925]:195), fazer a presença na ausência.

O dogma do sentido literal é um compromisso metafísico decorrente da separação rígida entre sujeito e objeto, por uma distinção clara e objetivamente demarcável.

O Que É Mental: Uma Busca dos Textos

Já vimos que “Mente”, no dicionário etimológico-prosódico, é “faculdade da alma, intelecto, inteligência, entendimento, espírito”. Vem do latim, *mens, mentis*. “Mental” é seu adjetivo, relativo ou pertencente à mente, ao espírito, do latim *mentalis*, de *mens, mentis*, mente, psíquico.

Aparentemente, espírito e inteligência nada têm em comum, a não ser o fato de que ambos são “mente”, no dicionário. O problema corpo-espírito só pode ser explicado na sua historicidade. Não é à toa, porém que a primeira acepção que vem ao lexicólogo é a de “faculdade da alma”. Faculdade é possibilidade, disposição intrínseca, direito concedido. A mente define-se como possibilidade da alma, como a disposição intrínseca desta, como um direito dela. Wundt usa o termo alemão “*Seele*”, que em português fica “alma”, em inglês “*soul*”. Não usa o termo “*Geist*” que se traduz por espírito e por mente, *mind*, corriqueiramente. As tradições que usam mente no sentido de “*Geist*” (e mental no sentido de “*geistig*”) ligando-se a cérebro, seriam recentes na história. O conceito histórico, evoluído desde a antigüidade, é mais amplo: é o de “*Seele*”, como usam Wundt e Freud, sem conotação religiosa. A alma (*Seele*) implica pensamento (no sentido de cognição), volição e afetividade. Em português este uso é complicado pelos significados religiosos, católicos, que se lhe foram grudando ao longo dos séculos. Usar “espírito” como sinônimo de mente traz o mesmo problema dos significados religiosos, já que as religiões cristãs se apropriaram do termo, ressaltando nele apenas a noção de imortalidade, de vida psíquica que se continua após a morte do corpo. E o fazem, popularmente, de uma forma diferente da encontrada na teologia de Tomás de Aquino, que era bastante influenciada pela visão grega²⁵. “Psiqué” (grafado

²⁵ A psicologia escolástica, de Aquino, parte do princípio de que há matéria e forma. A forma determina a matéria. A forma do corpo animado chama-se alma. A alma é vegetativa nas plantas, sensitiva nos animais, racional no homem. A alma racional entende e quer. Ela é espiritual, pois além de exercer atividades vegetativas e sensitivas, orienta-se para atividades imateriais, como os conceitos. Dependeria, pois, de um princípio imaterial, transcendente ao corpo, logo, imortal. Diferentemente de Agostinho, que é influenciado pelo dualismo de Platão, Tomás de Aquino alega que o corpo não pode viver sem uma alma e que uma alma não tem vida plena sem o corpo, que é seu instrumento indispensável (Padovani, Castagnola, 1954:183).

conforme o dicionário etimológico-prosódico), ou “psique” (grafado conforme o dicionário escolar) seria outra alternativa para uso em português. Vem do grego *psychè*, alma. Seu adjetivo é “psíquico”. Refere-se ao conjunto das tendências características da alma. Porém, por ser um termo grego, tem conotações próprias que não podem ser desconsideradas.

Se na Grécia Antiga o *kosmos* era um ser vivo, todos os seres que se movimentavam sozinhos portavam o princípio vital de movimento, atividade, auto-conservação, vida. Isto era *psychè*, que nos humanos comportava o princípio da atividade cognoscente. Implicava também um sentido divino, de imortalidade. Aristóteles vai encontrar na alma (*psychè*) os cinco sentidos (tato, paladar, olfato, audição e visão), a faculdade nutritiva e reprodutiva, a função de sentir dor e prazer (que se desdobrava em faculdade locomotora e apetitiva) e a faculdade racional. Ao grego aristotélico, sendo natureza, a alma é inseparável do corpo. Sendo princípio em movimento, quando alguém anda, é a alma que se está movendo. A psicologia, pois, em Aristóteles, é filosofia da natureza, é uma forma de ciência biológica. É, porém, diferente da noção de ciência de hoje, onde a alma é negada. A alma grega é natureza. Se Sócrates dizia “- Conhece-te a ti mesmo”, era conhece-te enquanto natureza, como parte da natureza.

É a Descartes²⁶ que devemos as noções de uma natureza sem alma e, logo, de uma alma sem natureza. Inaugurando o método introspectivo, ele chega à certeza de que pensa, de que existe. De que ele é uma coisa que pensa. O eu que existe não é o corpo, não é a natureza, não é um eu que sente. O eu de Descartes é pensamento e é passando pelos pensamentos que se chega aos objetos. O pensamento precede a existência das coisas. O pensamento é a consciência e esta é a forma da alma. A natureza não tem consciência, não tem alma. Entre os gregos e Descartes, está a desnaturalização da alma, a dissolução do conceito helênico de *psyquè*. É este processo que possibilitou uma filosofia do sujeito, e permitiu desmembrar a psicologia da filosofia. Eu, sujeito, alma, espírito, consciência: termos que após Descartes podem ser intercambiados sem maiores explicações. A alma é auto-reflexiva, agora. Ela pensa sobre si própria, introspectivamente. De ciência da natureza, no sentido aristotélico, a psicologia passa a ser investigação sobre a subjetividade, sobre o sujeito. Mas Descartes vê na

²⁶ René Descartes, francês, fundador do racionalismo moderno, nasceu em 1596 e faleceu em 1649. Após a Renascença e a Reforma, o pensamento moderno é marcado pelo empirismo e pelo racionalismo, tendências paralelas que abrangem os séculos XVII e XVIII. Em ambas há uma constatação de que o homem não conhece mais as coisas. O conhecimento das coisas vem de impressões (subjetivas) que as coisas exercem sobre ele, sobre seu intelecto (racionalismo) e sobre seus sentidos (empirismo).

alma humana também vontade, não só pensamento. É o rabo que a psicologia deixa para trás, no mundo dos objetos das ciências naturais.

A que ponto a vontade é consciente? Existe vontade no movimento não pensado? O que há na substância nervosa, que produz movimento e demonstra vontade, mesmo que inconsciente, ou “quase-consciente”? É a partir destes problemas que nasce a neurofisiologia, a pesquisa dos processos básicos em psicologia, e o interesse no substrato nervoso da mente. É daqui que vem a separação entre sistema nervoso periférico e sistema nervoso central, entre reflexos incondicionados e condicionados. Lotze, no início destas pesquisas, teorizou os reflexos involuntários como ocorrências primárias, destituídas de consciência e de vontade. Tais reflexos, físicos, sentidos pela mente, nela seriam representados. Se repetidos muitas vezes, a mente acabaria por aprender a repeti-los. É um raciocínio de base cartesiana, onde a atividade voluntária é gerada pela involuntária, que embasa toda a teoria da aprendizagem.

No mundo filosófico, Locke²⁷ retoma o tema dos cinco sentidos e desenvolve toda uma psicologia das sensações. Os nossos processos mentais são produtos das sensações. No pensamento acham-se idéias, no sentido genérico de representações, que derivam da experiência. Antes da experiência o espírito é como uma folha em branco. A experiência é interna e externa. A externa vem das sensações, capazes de nos fazer representar objetos, pela soma de cores, sons, odores, extensão, forma, movimento, etc. A interna dá-se pela reflexão, que permite a representação de operações como conhecer, lembrar, duvidar, querer, etc. Locke é, portanto, empirista e sensacionista.

Leibniz²⁸ tenta uma síntese do pensamento aristotélico-tomista com o empirismo. Argumenta que o homem é um conjunto de mônadas, no qual a uma mônada central, consciente, dotada de percepção (alma), unem-se outras subconscientes e inconscientes que constituem o corpo. Uma mônada não influi sobre outras e entre a mente e o corpo há um paralelismo, não uma subordinação. A partir daí pode-se criticar Locke, dizendo-se que a mente não é tão vazia: ela tem os processos mentais em si, como a volição e os níveis de consciência. A mente é mais do que produto de sensações.

²⁷ John Locke, inglês, nasceu em 1632 e faleceu em 1704.

²⁸ Wilhelm Leibniz, alemão, nasceu em 1646 e faleceu em 1716.

Wundt, alemão como Leibniz, herdeiro do pensamento filosófico germânico, também não é dualista. Os dualistas, como Descartes, vêem a vontade como parte da mente, como parte da consciência, a qual implicaria deliberação, propósito, liberdade de escolha. Tentam descobrir onde a mente se localiza no corpo. Descartes hipotizava que ela estaria na glândula pineal (epífise). Nas experiências com rãs e outros animais Whytt, em 1751, e Hall, em 1833, descobrem que há movimentos dependentes da medula (reflexos) e outros do encéfalo. Pflüger, em 1853, conclui que o grau de involuntariedade ou de consciência é discutível até mesmo no nível medular. Isto era inaceitável para Lotze, pois equivale a dizer que há mente até no sistema nervoso periférico, que o movimento ali não é só mecânico. Assim é em Wundt, onde o aprendizado vem de um esforço de coordenação, que, depois de um tempo, termina por se automatizar (lembramos de como se aprende a dirigir um automóvel). Mesmo no automático há certa intencionalidade. Logo, a questão dos reflexos é complicada por precursores voluntários do movimento. No contexto da Europa evolucionária, Wundt pensou o aprimoramento dos reflexos ao longo das gerações, até as atividades mais complexas. Há, no corpo, uma vontade, um impulso, um sentimento, uma vida, que pulsa além do conceito de um reflexo neurológico aceitando ou rejeitando estímulos. Esta noção é integrante de tradições filosóficas alemãs e se enuncia pela palavra “*trieb*”, traduzida em português como “pulsão”. *Trieb* implica causalidade psíquica.

Então, nos primórdios da psicologia científica, que vai seguir um caminho diferente daqueles da filosofia e da neurofisiologia, é o impulso e não a cognição que está na base da teoria de Wundt. O conhecimento do objeto vai se dar por aprendizagem, como resultado da vontade, pelo esforço. Não há cognição sem volição. O sujeito, em Wundt, é, pois, a vontade, uma vontade que se torna cada vez mais especializada, mais cognitiva, por frustração e por reorganização dos componentes do *trieb*. Contrariando Descartes, a livre vontade não está no livre arbítrio. Não se pode tratar consciência como vontade e vice-versa. A cognição é posterior à vontade.

Logo, Wundt não tem uma filosofia intelectualista da vontade. É a afetividade que determina o valor cognitivo dos objetos. Diverge, pois, do associacionismo inglês, que não atribui qualquer importância ao impulso. A vontade, para ele, é como em Schopenhauer: é aquilo que não se pode conhecer, é algo mais primordial, que está antes daquilo que se pode conhecer. É como o impulso criativo do artista, que não tem noção do resultado final da obra que está iniciando. O princípio da atividade psicológica está na explosão das pulsões para o

mundo e dos fracassos daí decorrentes. O sujeito é então, afetividade, sentimento, ser que produz conseqüências sobre si e sobre o mundo. Através de seus esforços e fracassos vai conhecendo os objetos, estruturando-os e se comportando cognitivamente, em meio a prazer e desprazer (*lust* e *unlust*). Vontade e desejo, pois, se superpõem na teoria, e o conceito de *trieb* articula o nível biológico com o psicológico, não tendo um órgão onde se assente e ao qual fique delimitado. O esforço não vem do intelecto, vem dos processos afetivos. A idéia por trás do “quociente de inteligência, QI, emocional”, hoje elevado a modismo, portanto, já era velha conhecida de Wundt.

Assim Wundt possibilita a existência de uma psicologia, paralelamente à da fisiologia do sistema nervoso. Os processos orgânicos pertencem à natureza objetiva. Ao estudá-los, precisamos abstrai-los dos processos subjetivos da consciência para entendê-los nas suas conexões naturais objetivas. Porém, nossos sentimentos, emoções e idéias são experiências imediatas, que a psicologia tenta entender exatamente do modo como elas surgem, continuam e montam relações entre si, na consciência. Desta forma, é o mesmo indivíduo psico-físico, formando uma unidade, que a fisiologia e a psicologia têm como tema de estudo. Cada uma delas, entretanto, vê este tema do seu ponto de vista. A fisiologia vai aos processos físico-químicos de que a vida orgânica se monta. A psicologia o vê como o sistema de nossas experiências em consciência (Wundt, [1912]1973:197).

É em Fortlage (Abib, 1995b:5) que Wundt busca o conceito sistematizado de *trieb*, com seus quatro componentes: *Gefühl* (sentimento de prazer e desprazer), esforço (para uma condição ou de uma condição), relação temporal (entre um presente negativo e um futuro positivo) e movimentos específicos (para eliminar estados negativos e produzir positivos). Fortlage reafirma a idéia de que não há objeto específico a que o *trieb* se dirija. O mundo não é compreensível por si: implica numa irracionalidade, num caos original. A racionalidade é construção humana. A mente humana não se inicia pelo exercício do livre arbítrio, e sim no desejo, na pulsão e no esforço contra o desprazer. O intelecto é posterior, vem das relações com o mundo e da aprendizagem. Por isso a psicologia experimental, em Wundt, nasceu como “ciência intermediária” (Abib, 1995b:17) entre as ciências da natureza e as do espírito. Se o intelecto vem das relações com o mundo e da aprendizagem, a psicologia entra numa área onde ocorrem ações recíprocas entre vários indivíduos. Sínteses criativas da vontade social não podem se explicar por simples adição de indivíduos, mas por dinâmicas inter-pessoais complexas. A psicologia individual não explica os produtos da experiência coletiva. A história

do pensamento humano não pode ser dada pela consciência individual, uma vez que há condicionamentos de toda uma história inicial. A metodologia da psicologia social nasce, portanto, com Wundt, em forma de métodos históricos e comparativos.

Freud começa sua vida científica como neurologista, influenciado pelas pesquisas da neurologia. O seu “Projeto para uma Psicologia Científica” (título de 1895), iniciou neste contexto, buscando entender os fatos mentais entre o que não era puramente mecânico no movimento e nos atos proporcionados pelo sistema nervoso. Evoluiu para a tentativa de montar uma teoria do funcionamento psíquico pela introdução de um “método de abordagem quantitativo, uma espécie de economia da força nervosa”, o que implica numa evolução em relação à metáfora da máquina mecânica simples. Em segundo lugar, como médico, busca a patologia: quer “extrair da psicopatologia tudo o que puder ser útil à psicologia normal” (Strachey, 1990:388) chega mesmo a teorizar as trocas de descargas entre neurônios hipotizando as “barreiras de contato” (Freud [1895] 1990:407), que dois anos depois seriam chamadas de “sinapses” por Foster e Sherington. O projeto é abandonado em função do interesse de Freud dirigir-se cada vez mais à psicologia, pois o sistema neurônico era “canhestro e grosseiro demais para lidar com as sutilezas que estavam sendo trazidas à luz pela ‘análise psicológica’, sutilezas que só poderiam ser explicadas na linguagem dos processos mentais” (Strachey, 1990a:187). Reconhece o valor da escola de Wundt, porém vê a psicologia como algo ainda muito preso na consciência. A psicologia, dando lugar destacado à consciência como seu objeto de estudo, não consegue montar uma psicopatologia que corresponda aos interesses do médico que Freud era. Logo, ele propugna uma metapsicologia, que vá ao inconsciente. Toma um caminho diferente de Wundt mas mantém-se perfeitamente integrado na mesma tradição intelectual. O reconhecimento da existência de processos mentais inconscientes já desempenhara papel essencial no sistema psicológico de J. Herbart²⁹.

Wundt, por outro lado, não conseguiu passar imune a preconceitos ideológicos eurocêntricos de seu tempo. Influenciado por conceitos antropológicos, evolucionistas e expansionistas da época, interpretou as culturas por diferenciações quantitativas, crendo que haveria graus de desenvolvimento sucessivos. (Abib, 1995b:16). Sua etnologia teve falhas e

²⁹ Filósofo alemão que viveu entre 1776 e 1841, considerado por William James o pai da principal corrente, na psicologia filosófica do início do século XIX, a se opor a Locke.

não conseguiu compreender os processos psicológicos individuais enquanto partes da singularidade de uma cultura. O furor do cientificismo positivista também não o poupou, deixando-o esquecido à medida que se montavam as linhas de pesquisa behavioristas.

Já em 1913 John Watson redefinia a idéia de Mc Dougall, proclamando a psicologia como ciência experimental do comportamento, com modelo explicativo em Pavlov. Encontrou solo fértil nos Estados Unidos do pragmatismo, cheios de pessoas “interessadas no controle de estados da mente e incessantemente anelando por algum tipo de ciência psicológica que irá ensiná-las como agir”, pedindo “regras práticas”, como disse William James (Danziger, 1980:375). A tradição anglo-saxônica do empirismo ligado ao associacionismo dá base para o behaviorismo. Locke, pois, não morrera. O behaviorismo, operando com a navalha de Occan cortou da psicologia os antigos conceitos de alma, mente e consciência, trocando-os pelos de previsão e controle do comportamento.

Sobrou, porém uma influência importante da escola de Wundt às ciências sociais. A sociologia de Durkheim é contagiada pela psicologia social wundtiana. É a partir de Durkheim que Moscovici passa a falar de representações sociais. George Herbert Mead, pai do interacionismo simbólico, tomou de Wundt o conceito de gesto humano na origem da fala e da linguagem como ponto de partida de sua psicologia social, encontrando na linguagem a chave da psicologia social (Abib, 1995b:16). Mais influente entre sociólogos e ignorado por psicólogos e psiquiatras, por anos, Mead teve suas idéias reforçadas por Gergen que afirma serem históricos os fenômenos da psicologia social. Segundo Abib (1995:13), o que há em comum nestas diversas perspectivas é a percepção de que significados são contextualmente localizados. Daí fazerem a ligação entre a psicologia e o estudo da cultura, da sociedade e da história. Estas perspectivas floresceram no fim dos anos 60 e nos anos 70, época de contestação a instituições e inclusive aos fundamentos acadêmicos. Vieram a compor o dito mundo da cultura pós-moderna. As psicologias pós-modernas orientam-se para a prática, mas não se confundem com a psicologia aplicada que se baseia em leis da mente, da consciência, do inconsciente ou do comportamento, explica Abib (1995:14). Seus temas fundamentais, ainda segundo Abib, são a “terapia sistêmica” (onde se investiga a “patologia” no sistema lingüístico da família e não mais no psiquismo do indivíduo), a “avaliação de sistema”, o “conhecimento prático do profissional” e os “métodos qualitativos de investigação”, referindo-se sempre a uma construção social de significados.

Ainda Lockeanos e Herbartianos

Definir o que é mental, ou o que é a mente, tem sido uma tarefa histórica da psicologia, dilacerada por um pluralismo, uma falta de unidade que vem de berço, já presentes no projeto inacabado de seus pais fundadores, Wundt e James. As revoluções que instalaram novas tradições de pensamento psicológico têm se alimentado do balanço entre a psicologia como ciência da natureza (ciência) e a psicologia como ciência do espírito (humanismo) (Abib, 1995:17).

Estes dois pólos estão a buscar reconciliação desde o início do último quartel do século XIX.

A psicanálise, tendo enveredado pelos caminhos do inconsciente, construiu sua própria metodologia e pela conceituação dos registros do real, do imaginário e do simbólico, de Lacan, tem suas formas de recortar o problema.

Mesmo as ciências cognitivas não conseguiram se livrar do incômodo da dualidade corpo-espírito que Descartes nos trouxe.

Morin (1987:68-76, apud Castiel, 1994:116-117) ao referir-se ao espírito, que pode conceber o cérebro que o produz, e ao cérebro que pode produzir um espírito que o concebe, assinala que não se pode isolar um do outro e nenhum dos dois na cultura: é preciso considerar o fato de o corpo possuir dezenas de milhares de milhões de células, que realizam interpolicomputações que resultam na produção desta realidade corporal. Para Morin o espírito seria um complexo de propriedades e qualidades que, provindo de um fenômeno organizador, participa dessa organização e retroage sobre as condições que o produzem. E para Atlan (1986, apud Castiel, 1994:121) corpo e espírito não se referem a um problema metafísico, e são apenas denominações que indicam construções lógicas por meio das quais relacionam-se experiências variadas. Para este autor, biologia e psicologia são, ambas, racionalidades ordenadoras de observações e experiências: a primeira aos seres vivos, a segunda à produção de desejos, pensamentos, crenças, condutas relacionais. É a linguagem que articula o psicológico e o físico.

Fica patente, porém, a persistência da polêmica filosófica entre o associacionismo e a tradição germânica, entre lockeanos e herbartianos, como gostava de dizer William James. A

psiquiatria nasceu com Pinel, um associacionista que via na mente a soma de percepções. Seu método é fiel à linha filosófica: a observação criteriosa de seus pacientes gera sinais e sintomas bem delimitados e bem descritos. A soma de alguns sinais e sintomas gera um quadro nosológico que leva um nome e orienta a conduta do médico. A história clínica é a história do aparecimento e das mudanças de sintomas. O formato botânico de suas classificações psiquiátricas tem um aspecto de racionalidade e universalidade que visa a perfeição. Nada mais longe, filosoficamente falando, do irracionalismo de Schopenhauer, Nietzsche e do Romantismo Alemão. Não se pense, porém que o irracionalismo não implicava numa rigidez teórica e numa metodologia tão ou mais complexa do que a do empirismo associacionista. A tentativa de modelar as exigências da vida, tipo comida e sexo, medo e desejo, doença e saúde, como equivalentes a qualquer proposição sustentada racionalmente, diz Kirmayer (1992:330-331, apud Castiel, 1994:156), “ignora sua importância e sua qualidade subjetivamente irreprimível. A falha em reconhecer a primazia do irracional faz parte de uma limitação básica dos modelos semânticos racionalistas - sua falta de atenção para a incorporação de significados.”

Dos Fatores Determinantes das Doenças Mentais

O estruturalismo tentou escapar globalmente dos sistemas simplistas de causalidade. Não renuncia à busca de um sistema de causalidade, mas vê uma causalidade estrutural, por *sobredeterminação*, onde os fenômenos observáveis são sintomas, efeitos de superfície. A estrutura designa a maneira pela qual um edifício é construído, é a descrição da maneira como as partes integrantes de um ser concreto se organizam numa totalidade. A palavra “sobredeterminação”, que fora já usada por Freud em 1895, nos *Estudos sobre a Histeria*, remete a uma pluralidade de fatores determinantes e pode ser tomada em dois sentidos, segundo Laplanche e Pontalis (1992: 487-488). No primeiro, a formação considerada é resultante de diversas causas, já que uma só não basta para explicá-la. No segundo, a formação remete para elementos inconscientes múltiplos, organizados em seqüências significativas diferentes, cada uma das quais, a um certo nível de interpretação, possui a sua coerência própria. Ambos os sentidos têm pontos de contato. A sobredeterminação não implica a independência, o paralelismo de diversas significações de um mesmo fenômeno. As diversas

cadeias significativas se entrecruzam em mais de um “ponto nodal”, havendo interações das diversas significações que ficam compromissadas.

A constituição de sintomas dá-se por deslizes e sobreposições de sentido. Nunca o sintoma é sinal unívoco de um conteúdo inconsciente único, assim como a palavra não pode se reduzir a um sinal. A sobredeterminação é uma característica geral das formações do inconsciente, para Lacan (Laplanche e Pontalis, 1992: 489).

PARTE II. A TERRA



Figura 4: A Terra, de onde se vê a Lua.

3. PRESSUPOSTOS DO MÉTODO

A Voz no Gravador e no Mundo

Nossa disciplina é a psicologia. Seu recorte é um dos muitos da psicologia social. O material com que se plasma nossa dissertação é a fala, estruturada em discursos, colhida em entrevistas gravadas, com funcionários do setor de Saúde, de uma prefeitura municipal, e com outras pessoas. Trata-se de uma fala que se colhe não apenas pelo gravador, esta extensão e amplificação da retenção mnésica humana e do sentido da audição. Num certo sentido ela se colhe também pela observação, em repetidos contatos, ao longo de semanas. Observação dos fazeres, de características da época, do lugar e das circunstâncias. Interagimos, pois, com o ambiente, para dali catar palavras que evidenciassem sentido nas circunstâncias em que apareceram. Realiza-se, pois, uma “observação participante” - expressão que remete a Malinowsky e à antropologia - no sentido usado por Lago (1996:19), a qual leva o pesquisador “a se deter na escuta da voz do outro, procurando penetrar no mundo de suas representações, no seu universo simbólico”. Observações desta ordem permitem conhecer detalhes que os instrumentos estruturados, como os questionários, não podem obter. Ocupar física e emocionalmente um lugar entre os

observados, na observação participante, permite ao pesquisador compreender fatos estudados e descobrir casos extremos (Richardson, 1985:47).

A Fala e a Falha

Partimos do pressuposto de que não há texto adâmico. Literalmente não existe um Adão, a figura mitológica do Gênesis, que diante dos objetos, no paraíso terrestre, cria palavras específicas para dizer os objetos, só porque eles existem. A necessidade de falar estabelecendo uma intersubjetividade nasce de reação da alma. Alma é uma palavra que usamos, respeitando sua origem mitológica, no sentido captado por Wundt ([1912] 1973:189-198). Trata-se de reação diante da ausência de algo que bem poderia estar lá. Fazemos coro com Lacan quando ele diz ser “impossível manejar a linguagem referindo termo a termo o signo à coisa” (Lacan, 1986:286).

“Dar nome aos bois”³⁰, assim como “contar um caso” não é, como ingenuamente se poderia supor, transposição do real à palavra. Tampouco é a escolha da palavra perfeita para traduzir fielmente o real. É Freud ([1915] 1990:197) quem nos recorda a advertência de Kant para o fato de nossas percepções serem subjetivamente condicionadas: não são idênticas ao que é percebido. Assim também a psicanálise, acrescenta Freud, nos adverte para não estabelecermos uma equivalência entre as percepções adquiridas por meio da consciência e os processos mentais inconscientes: “assim como o físico, o psíquico, na realidade, não é necessariamente o que nos parece ser, apesar de termos satisfação em saber que a correção da percepção interna não oferecerá dificuldades tão grandes como a correção da percepção externa - que os objetos internos são menos incognoscíveis do que o mundo externo” (Freud, [1915] 1990:197).

O sujeito é falante porque é falho. É incapaz de capturar a plenitude do objeto pela letra, incapaz de ser Adão e nomear a partir do nada. Daí que se fala de temas candentes, enigmáticos e incompletos. Fala-se da possessão, de Deus, da família, de instituições do estado, do louco solto pelas ruas, do surto psicótico, do benzimento, de entidades

³⁰ Expressão idiomática brasileira

espirituais, dos mortos que seguem vivendo entre os vivos, do sofrimento, da doença, da origem e do fim das coisas.



Figura 5: Deus criando Adão, segundo Michelangelo

É possível que todos os discursos sobre a loucura e o sofrimento psíquico digam de uma “falta” que é humana. Nem há como ouvir e inventariar as ficções consoladoras que correm o mundo, falando destes temas. No mítico (que nos fala sem noção de tempo), no mundo da religião (onde todos somos irmãos, filhos de um mesmo Pai), ou na utopia (aquela que não está em lugar nenhum), os humanos se reencontrariam consigo mesmos de forma completa. A utopia da Saúde Mental talvez seja a de um universo onde psicólogos e psiquiatras pudessem “educar” pessoas, ou a da terra ideal onde se estabeleceria uma sociedade sem manicômios e sem sucedâneos de manicômios, ou mesmo a de um reino em que a prevenção faria com que não existissem nem doenças mentais, nem sofrimento psíquico. Ali teríamos as palavras certas no lugar certo, curtiríamos um gozo vindo da ausência imaginária do erro e do desvio, da ausência imaginária da perda da memória e da ausência imaginária da falta de raciocínio. Ali cada coisa teria seu nome próprio, para nunca mais precisar ser trocado.

A saúde mental, pressupomos, é um lugar outro. Fora de nosso universo real, é invenção do desejo, convenção e jogo de palavras. É um lugar fictício e utópico. A Saúde Mental, com iniciais maiúsculas, atividade de instituições, é a promessa e é a busca

envolvida nesta utopia, pelo estado. Promessa e busca de dar saúde mental, com minúsculas, ora ao pobre, ora ao cidadão, segundo os temporários paradigmas que se sucedem no mundo dos discursos políticos. Fundidos ao sonho do dizer sem falta, estão os sonhos da saúde sem falta, da felicidade sem falta, da consciência sem falta. Sonhos que tentam proteger contra um suposto caos, onde tudo vira bagunça, ninguém mais entende nada, no qual, se Deus, ou o ideal, não existissem, nada teria sentido.

Por trás dos véus da linguagem cotidiana, do misticismo e das ideologias, tocamos na assustadora disparidade entre as palavras e as coisas: muitas vezes, falando de prevenção em Saúde Mental, de participação social, de cura, bênçãos, grupos e Pombas Giras, está-se tentando falar do que a psicologia tenta articular, num esforço científico, de ciência da natureza e ciência do homem.

Por causa da busca incessante de proteção e consolo o Homo se fez sapiens e criou religião e civilização. Exorciza os temores da natureza, reconcilia-se com a morte e se promete recompensa pelos sofrimentos e privações da vida. A falta pode ser negada, desta forma. O fantástico vem se fazer base do real. Para que as coletividades compartilhem do sentido das falas, não basta que cada um de seus membros receba e emita mensagens. O papel da coletividade é precisamente o de colocar em comum, não somente os discursos e os textos, mas as “redes de associações, de anotações e de comentários no interior das quais eles são apreendidos uns em relação aos outros. Dessa maneira, encontra-se ao dispor e materializada a constituição do sentido comum: a elaboração coletiva de um hipertexto (Auroux, 1994:250).

Limites Inter-Disciplinares

O ser humano histórico, isto é, o “homem em movimento”, para usar uma expressão cara à psicologia social (Lane, Codo, 1994), seria o que vive, trabalha, fala. Nenhum dos conteúdos analisados pelas ciências humanas pode permanecer em si mesmo estável nem escapar ao movimento da história. Personalidade, motivação, atitude, são palavras históricas na psicologia. Elas têm sido objeto de investigação não só da psicologia mas também da antropologia, da geografia humana, das ditas ciências econômicas e sociais. Classificações são criadas e vão dando ordem ao social: delimitam-se coisas como o sadio e

o patológico, o normal e o louco, o alienado e o consciente. O cerne da questão, neste nível de ordem onde estamos, passa a ser o modo pelo qual a pessoa se integra na sociedade ou dela se marginaliza, diz Richardson (1985:40), ao falar dos métodos qualitativos de pesquisa na área social. Mas a questão, no caso dos objetos de nossa pesquisa, se complica, se enxergarmos que há um vínculo entre o problema da loucura e o problema da harmonia e da violência em sociedade.

Gilberto Velho (1977 apud Lago, 1996:16), referindo-se à questão do comportamento individual desviante discute a necessidade de uma visão interdisciplinar nos estudos de qualquer realidade humana, “pela impossibilidade de se desconsiderar as dimensões biopsicológica e sociocultural do comportamento humano”. A crítica de Velho à fragmentação do conhecimento acadêmico das diferentes áreas da ciências sociais reconhece uma “origem comum dos psicologismos e sociologismos, que consideram as dimensões biológica, cultural e social do homem como estanques”.

Já Georges Devereux (1972 apud Xanthakou, 1989:21) afirmava ser precisamente a abordagem de complementaridade entre dois quadros de referência que funda ao mesmo tempo o caráter irredutível - até nossos dias - da dualidade de planos de análise e o valor operatório de suas aplicações conjugadas a um mesmo fato empírico. O que temos são duas explicações para o mesmo fato bruto, dois discursos - o sociológico e o psicológico - que já não podem mais ser mantidos simultaneamente. A fronteira formal é criação, pela necessidade, posterior ao fato bruto. Este não pertence, de imediato, nem ao domínio da sociologia, nem ao da psicologia, nem ao da antropologia. É quando levado ao quadro de uma ou de outra que o fato bruto se transforma em dado, seja psicológico, seja sociológico, ou de qualquer outro tipo. O fato bruto falará a língua da sociologia, ou a da psicologia, ou outra, dependendo da perspectiva que lhe for aplicada. Perspectivas diversas se complementam e às vezes são interdependentes, por se aplicarem aos mesmos fenômenos brutos. O que não se pode ter é, simultaneamente, dois discursos. Não se pode, por exemplo, falar em “inconsciente de uma sociedade”, da forma como se fala de inconsciente quanto a pessoas. Ambos os discursos são autônomos.

Depoimentos

Nossa pesquisa de campo valeu-se do método etnográfico, num serviço de Saúde Mental. A observação participante, originalmente desenvolvida nos estudos de B. Malinowsky, entre os trombriandeses, se tornou a marca da antropologia.

A observação participante por nós realizada, foi, pois, complementada por relatos orais, conseguidos em entrevistas. O relato oral sempre foi, ao longo da pré-história e da história, a maior fonte humana de conservação e difusão de saber. Tem sido ele a base da obtenção de toda a sorte de informações, a técnica que antecede a todas as outras. O “relato”, depois denominado “história oral” ganhou respeito científico nos trabalhos de W. I. Thomas e F. Znaniecki, nos de John Dollard e nos de Franz Boas, conforme nos mostra Pereira de Queiroz (1988: 14).

“História oral” é termo amplo que pode compreender tanto “depoimentos pessoais” quanto autobiografias, biografias e “histórias de vida”. Toda história de vida encerra um conjunto de depoimentos. Na pesquisa brasileira os depoimentos pessoais, enquanto partes de histórias de vida, fizeram o seu aparecimento em fins dos anos 40 e início dos 50, voltando com força a partir dos 70, envolvendo nomes como os de Roger Bastide, Pereira de Queiroz, Jardim Moreira, Florestan Fernandes, Aspásia Camargo e Ecléa Bosi, conforme a avaliação sobre o uso desta técnica, feita por Pereira de Queiroz (1988: 14-43). Trabalhamos, pois, com depoimentos orais, coletados através de entrevistas.

A Desconstrução das Fronteiras

Os filósofos e pesquisadores estruturalistas atacaram as pretensões e as certezas de cientificidade das ciências sociais: Lacan contra a psicologia, Althusser contra a história, Foucault contra os métodos de classificação das ciências humanas.

Contra estas ditas ciências, de limites bem definidos, eles opõem uma crítica epistemológica alimentada por Gaston Bachelard e Georges Canguilhem:

“o estruturalismo ao privilegiar um discurso essencialmente conceitual, teórico, e ao perturbar o perfil, às fronteiras e às delimitações das diversas e jovens ciências sociais em expansão,

podia, assim preservar a primazia de uma filosofia renovada" (Dosse, 1993: 423).

Tal filosofia edifica-se num compromisso entre a redefinição dinamizante e crítica do humanismo e a preservação da "altura estatutária da disciplina filosófica" (Dosse, 1993: 423), o que abre espaços transdisciplinares. Nos seus desdobramentos, as categorias fixas e globalizantes são submetidas à crítica desconstrutora e sistematicamente pluralizadas, buscando-se superar as tradicionais clivagens entre disciplinas. Reconhecemos como decisiva sua influência sobre nós, ao analisarmos o material colhido em observação participante e em depoimentos.

4. MÉTODO DE ENTREVISTAR E MÉTODO DE ANALISAR

Visando a Análise dos Discursos

Não nos propomos a descrever as distribuições de opiniões, ou de fazer sua tábua estatística, mas de analisar os discursos correntes. Afora as perguntas que visam à identificação, à formação dos entrevistados, à presença de convívio com doenças mentais em sua família, e afora as duas perguntas constantes ("-O que é doença mental?", e "-Qual é o tratamento da doença mental?"), as demais ocorreram sem estruturação. O grosso das entrevistas constitui-se, pois, na modalidade não estruturada, do tipo focalizado. Este tipo de entrevista com finalidade de pesquisa, no qual se "aprofunda a conversa sobre determinado tema sem prévio roteiro" (Minayo, 1996:108) é uma forma de entrevista baseada no não-dirigismo do psicólogo Carl Rogers (1974:18). Introduzida nas ciências sociais por Merton (1956:541, apud Minayo, 1996:109), também é denominada entrevista não-diretiva centrada. Perrusi (1995:138) a chamou de "entrevista de profundidade". Permite que o material conte não só com as "proposições de verdade", mas também com conteúdos normativos, expressões, clichês, omissões, contradições, interrupções, próprias das comunicações informais.

Como os entrevistados falam de determinados assuntos comuns a todos eles, o quanto cada um traz para si destes assuntos, em que termos os apresentam, que temas se repetem dentro dos assuntos comuns: estas perguntas colocam-se como bússolas, à procura de um norte metodológico que não seja o estatístico.

Do Literal ao Interpretativo

A análise de conteúdo, como técnica de pesquisa documentária, lida com conteúdos manifestos. Pressupõe que o estudo se refere “à parte ou ao aspecto de uma comunicação compreendida do mesmo modo pela pessoa da qual emana, pela que a recebe e pelo pesquisador. Na análise de conteúdo, não se trata do “conteúdo latente”, isto é, das intenções ocultas do autor da comunicação, ou das relações imprevistas do destinatário (Matras, 1978 apud Richardson, 1985:44).

No entanto, mais do que este conteúdo manifesto, que a análise de conteúdo nos poderia dar, desejamos deduzir linhas de associações latentes dos discursos, por pressupormos que nas comunicações são passados fragmentos de discursos mesmo sem a intenção ou o conhecimento dos falantes. Isto nos confronta com o extra-lingüístico presente nas entrevistas. E nos confronta com a plurivocidade do sentido do que é dito. Esta plurivocidade é condição para um desenvolvimento interpretativo do pensamento. Precisamos, pois, de uma metodologia que nos ajude a mergulhar a leitura literal (enquanto *apreensão-do-documento*) numa leitura interpretativa, que por si só já é uma forma de escritura, é um re-dizer o que o outro disse, considerados, nos discursos, os subentendidos, os pressupostos, as conotações, o negligenciado, o censurado, as relações primitivas, a análise dos enunciados. Não desejamos, porém, permanecer no campo da lingüística, que não é o nosso terreno e nem a nossa finalidade.

Buscamos uma metodologia que não ignore o fato mesmo da língua, que não trate a língua como uma materialidade qualquer. Às vezes, a própria língua encobre o jogo do impulso metafórico e se confunde com os seus efeitos inscritos na história. Por outro lado, aceitamos o pressuposto de que a doutrina liga os sujeitos a certos tipos de enunciados e lhes proíbe, conseqüentemente, todos os outros. Todavia, em troca, ela se serve de certos tipos de enunciação para ligar os sujeitos entre si e diferenciá-los, por isso, de todos os outros (Foucault, 1971:45). Isto significa que a “formação discursiva” (feixe complexo de relações que funcionam como regra, isto é, caracterizam as condições de aparição do discurso enquanto prática) inclui mecanismos enunciativos governados por formas de assujeitamentos ideológicos. A liberdade do sujeito falante, é, pois, sempre relativa e limitada pelas condições em que ele se acha. Nesta hora é-nos útil também a obra de Serge Moscovici (1978), com seu

conceito de representações sociais, bem como a de Morant (1995), com o conceito de representações sociais profissionais.

Linguagem: um Tema dos Primórdios da Psicologia

No nó do encontro entre o indivíduo e a sua comunidade, entre a pessoa e os seus grupos cotidianos, entre o sujeito e a história, reside a linguagem, que nos propusemos a estudar.

Ora, este tema era uma das preocupações básicas da psicologia, quando ela foi fundada, enquanto ciência, por Wundt. A psicologia nasce ligada à tradição lingüística alemã do fim do século XVIII. O Romantismo Alemão, brotado do movimento *Sturm und Drang* (*Tempestade e Ímpeto*) colocou diante de sua época o fato psicológico como algo que vem dos sentidos, da irritabilidade biológica humana, da impressão, da representação. Acordou os intelectuais para a importância da lingüística (Humboldt), para a existência do irracional, este pressagioso girar em torno do inabordável (Schlegel), para o fato de o homem ser criatura da língua (Herder), para a atividade produtora inconsciente, a fazer com que “eu” seja igual a “não-eu” (Novalis), para o jogo móvel dos desejos (Goethe), para com a retomada do classicismo greco-romano, como padrão comparativo, inspirador e corretivo. São, pois, os temas da intuição, da volição, dos aspectos emotivos e impulsivos do homem, da pulsão (noção inicialmente desenvolvida por Herbart), que desintelectualizaram, desracionalizaram a velha filosofia da alma e introduziram a possibilidade de uma nova psicologia, que não será mais apenas um ramo da filosofia, mas terá um pé nas ciências naturais.

A psicologia moderna, dita científica, em contraposição à filosófica, na sua tradição primeira, é constitutivamente histórica e lingüística. Valoriza a linguagem no contexto em que ela é usada. Pode bem ser que, daquilo que estava presente na psicologia de Wundt, Freud tenha sido o único em seu tempo a ter sabido avaliar a importância (Henry, 1994: 46).

A linguagem não é, em Wundt, um simples instrumento de comunicação ou do pensamento individual. Não é coisa individual. Sua psicologia dos povos não é simples soma ou combinação de psicologias individuais. Podemos ser críticos aos contextos próprios da época, naquela pré-história das ciências humanas. Mas temos que reconhecer que, por aí,

Wundt resiste contra uma concepção de linguagem puramente instrumental ou convencionalista, e, por outro lado, a uma concepção do pensamento como um processo originariamente individual. Ele se opôs à idéia, possível, de uma psicologia do indivíduo criador isolado. A linguagem, para ele, tem vida, dinâmica e determinismo próprios. Os indivíduos estão presos a ela. Passam por ela mais do que a produzem ou a enriquecem. No uso da linguagem, o indivíduo participa de algo que não é individual. Algo que, mais do que um simples contexto, vem a ser “constitutivo da própria consciência: sem linguagem não há consciência” (Henry, 1994:33). Por outro lado, podemos acrescentar que a fórmula tem o seu avesso: nem toda linguagem constitui consciência e nem por isso deixa de existir, enquanto paralogia, chiste, ato falho, sintoma, verborrêia delirante ou alucinação auditiva. Este avesso, desprezado por Wundt, foi recuperado e desenvolvido por Freud.

Apesar de seu apagamento ao longo de quase todo o século XX, Wundt deixa-nos alguns fundamentos metodológicos que sobrevivem nos alicerces dos conceitos de representações sociais, de análise do discurso, de psicanálise, e das terapias pós-modernas.

Psicologia Individual e Social

“O contraste entre a psicologia individual e a psicologia social ou de grupo [das massas], que à primeira vista pode parecer pleno de significação, perde grande parte de sua nitidez quando examinado mais de perto”(Freud, [1921] 1990:91). A psicologia individual relaciona-se com o homem tomado individualmente mas só raramente ela se acha em posição de desprezar as relações deste indivíduo com os outros³¹. “Algo mais está invariavelmente envolvido na vida mental do indivíduo, como um modelo, um objeto, um auxiliar, um oponente, de maneira que, desde o começo, a psicologia individual, nesse sentido ampliado mas inteiramente justificável das palavras, é, ao mesmo tempo, também psicologia social” (Freud, [1921] 1990:91).

³¹ Mitos como o de Rômulo e Remo, criados por uma loba, Mowgli, o menino lobo, Tarzan dos macacos, e outros modernos, levados à literatura e ao cinema, inclusive o mais debatido deles, o de Kaspar Hauser (ver Kollert, 1985) vagueiam nas brumas de uma suposta psicologia puramente individual. Tecnicamente há, sim, *recortes* que lidam com questões de um ponto de vista mais individual, como os cognitivos, os do desenvolvimento e os do aprendizado, como em Piaget, por exemplo.

O discurso enunciado por uma pessoa sofre influências de construções fantasmáticas do grupo social a que ela se liga, além de suas próprias reminiscências, lembranças, inibições, reprimidos, representações, e assim por diante. O discurso é atravessado pelos imaginários social e individual.

Trabalhar sobre o discurso de um doente ou de seu familiar, ou dos membros da equipe que o atende, implica em lidar não só com os termos que exprimem individualmente o sofrimento, mas com a sua expressão social: os grandes medos coletivos, a angústia de castração, a angústia de morte, e “os efeitos recalcados e da repressão específica de uma dada sociedade”, como diz Enriquez (1996: 18).

O ser humano, movido pelo mal do desejo (o *Sehnsucht*, de Novalis) por desejar o desejar, em recorrente tempestade e ímpeto, fala. Toda a sua linguagem credita-se ao imaginário e ao racional. A razão, na vida social, é racionalização - freqüentemente é racionalização projetiva - a serviço não do desejo de verdade, e sim do desejo de certeza. Linguagem e pensamento se apóiam sobre o imaginário, a atividade fantasmática essencial à atividade metafórica. *A alma jamais pensa sem fantasma*, escreveu Aristóteles (Enriquez, 1996:21).

Cultura, mitos, religiões, grupos, linguagem, xamanismo, movimentos de massa, transe, “influenciar pessoas”, relações familiares, “ser parte de uma multidão”, sempre foram temas dos psicólogos, que não podem fugir da questão da instauração do social e nem dos reinos encantados da visão simples do cotidiano. Assim foi, em relação a vários destes temas, com Wundt, William James, Freud e Skinner. Confirma-se a idéia da epistemologia contemporânea - ela mesma sendo uma investigação transdisciplinar de método epistemológico-hermenêutico (Abib, 1995a) - de que o estudo atento e sem preconceitos nos coloca em comunicação imediata com outros domínios que estão “*déjà là*” e sempre presentes (Enriquez, 1996:23). Domínios posteriores ao fato bruto, acrescentaríamos.

Sujeitos

Não nos propomos, pois, nesta dissertação, diante do material trazido pelas entrevistas colhidas, a trabalhar o pensamento enquanto processo puramente individual. Propomo-nos a

trabalhar representações do imaginário dos sujeitos, manifestas nos discursos. A noção de sujeito é diferente da noção humanística, essencialista, de ser humano. O sujeito é historicamente constituído, em diferentes contextos culturais, em e com discursos próprios (mas sempre históricos e contextuais). Não se trata d'O homem, d'O ser humano, mas de homens, de seres humanos - mulheres, velhos, crianças, loucos, sãos, sujeitos. Na concepção aqui selecionada e adotada, o sujeito não é um ser que pré-exista à linguagem e que dela venha a se apropriar, como a uma ferramenta, a seu bel-prazer, quando assim o desejar. Procuramos colocar o acento sobre aquilo que, na linguagem, não é da ordem do individual, sempre que possível. Para este caso poderíamos dizer que não somos nós que temos a linguagem. A linguagem, já existente antes de nós, é que nos tem.

5.A MARCHA E O RITMO

O Mundo Onde Correm os Textos Colhidos

Fizemos, a partir de fontes primárias, e especialmente de secundárias, uma contextualização histórica do ambiente local pesquisado, no século XIX (quadro da imigração italiana e da fundação das primeiras populações da região) e no século XX (evolução econômica, cultural, política e sanitária da região). Colhemos dados da geografia humana e os inserimos no contexto da construção do sistema de Saúde, em especial no setor de Saúde Mental.

Os Textos Orais Colhidos na Pesquisa de Campo

Os textos orais colhidos podem ser assim discriminados:

a) Dos Profissionais:

Avaliamos os dados das entrevistas dos membros da equipe técnica que trabalha no Centro de Atenção Psicossocial, CAPS, e das entrevistas dos administradores do programa local de Saúde Mental, quanto ao que denominamos “identificação” ou “perfil” dos entrevistados: tempo e experiência profissional, religião, existência ou não de convívio íntimo

com familiar portador de transtorno mental, filiação e participação política, influências e motivações pessoais consideradas importantes na definição profissional ou na escolha do CAPS como local de trabalho, formação escolar e impacto reconhecido de autores paradigmáticos na formação teórica.

Avaliamos as entrevistas dos membros da equipe técnica e dos administradores do programa quanto aos conteúdos levantados nos discursos colhidos, estudando-os qualitativamente quanto a seus temas e características.

Identificamos algumas representações relativas à saúde mental, à doença mental e ao seu tratamento, no material colhido das entrevistas.

b) Da mãe de um usuário do CAPS:

Procedemos o estudo da entrevista da mãe de um paciente, na qual avaliamos as representações utilizadas e buscamos contextualizá-las no seu mundo cultural. Constatamos que se trata de representações com que expressamente a equipe técnica se defronta no cotidiano, com pacientes e familiares, ou que ficam ocultas, subjacentes à conversa entre profissional e cliente.

c) De outras fontes:

Colhemos opiniões, dizeres, relatos e pequenas entrevistas de cidadãos locais - usuários ou não do CAPS - de técnicos em Saúde Mental, na capital do estado, de uma técnica italiana em reabilitação psicossocial e de dois políticos italianos. Tais dados ajudaram-nos a fazer comparações e complementações, apesar de ficarem em posição de apoio. Seus textos, em geral, não foram aproveitados, diretamente, para análise de discursos, de forma específica e manifesta.

Os Proto-Textos da Matéria Estudada

Procedemos uma pesquisa epistemológica sobre a saúde e a doença mentais, em fontes secundárias. O que se convencionou, hoje, chamar de Saúde Mental é uma conjugação da psicologia da comunidade, da psiquiatria preventiva e de outras disciplinas (terapia ocupacional, serviço social e enfermagem, principalmente) e constitui proposta de intervenção

no mundo político-cultural, familiar e individual, para tratar de questões relacionadas, entre outras coisas, à loucura. Refletimos sobre as raízes linguísticas, epistemológicas e históricas dos termos *saúde*, *doença* e *mental*, sobre o problema do normal e do patológico a que eles estão ligados, sobre metáforas usadas nos discursos relativos a estes termos e sobre a sua evolução histórica dentro da psicologia.

Reflexões no Hipertexto

Através das fontes primárias e de fontes secundárias procuramos refletir sobre a localização dos temas e das representações, colhidos das entrevistas, no contexto da psicologia, da psiquiatria e da chamada Saúde Mental.

6. PASSAPORTES IGUAIS AO DE FREUD E CRIANÇAS NO BAÚ

O Sonho da América ao Tempo da *Interpretação*

Para o missionário Luigi Marzano, um dos primeiros padres que vieram ao Brasil para atender aos imigrantes, no fim do século XIX, o sul do estado de Santa Catarina é uma região de colônias que impressiona: os núcleos populacionais trazem nomes de cidades italianas, como Nova Veneza, Nova Beluno, Nova Treviso, Nova Palermo, Nova Roma. Mas a sede de todos, Urussanga, traz um nome que parece “um grito de guerra de uma tribo selvagem”³².

Localizada ao redor de 29° de latitude e 52° de longitude, a região tem uma temperatura variando entre 32° e 0°C. O clima é parecido com o de Nápoles, portanto muito bom para os italianos. Ao redor de 1878, gente do norte da Itália, que estava sob o domínio do Império Áustro-Húngaro, em famílias, grupos e em “aldeias inteiras, circundada por caixões contendo os poucos objetos de uso”(Marzano, [1903]1985:53,54), fez a viagem, até hoje folcloricamente cantada, de trinta e seis dias pelo Atlântico em máquina a vapor até que à América chegasse, tendo Desterro (hoje Florianópolis) e Laguna, em Santa Catarina, como últimos portos. A sua América não era a terra imaginária prometida nos discursos que giravam

³² Na verdade a palavra é corruptela de *u roi çanga*, rio frio, em tupi-guarani (Escaravaco, 1984:41).

pela Europa: não havia nem casas, nem praças, nem estradas, nem povoados, só céu e florestas. À família que chegava era consignado um terreno, deixando-se-lhe um título provisório de propriedade. Nove sobre dez colonos obtiveram o título definitivo. Proletários na Itália, aqui tornaram-se proprietários. Alguns, “por infortúnio ou por desgraças na família”, outros por malbaratarem as escassas poupanças, não conseguiram pagar ao governo brasileiro seus terrenos (Marzano [1903]1985:182). À época em que Sigmund Freud escrevia sua *Interpretação dos Sonhos*, em Viena, os emigrados das possessões tirolesa e vêneta do mesmo Império, nas matas de Santa Catarina tinham terra própria, alimento cotidiano, mas eram, ainda, pobres: vendendo a colônia, casa, animais e ferramentas, nem um terço poderia conseguir o necessário para pagar a viagem de volta à terra natal. Sendo o comércio pequeno e sem exportações, os produtos agrícolas eram baratos e os utensílios importados eram raros e caros, a ponto de ser comum, entre os colonos “andar cobertos de poucos trapos, ou semi-nus, e todos sem sapatos nos pés, que parecem todos mendigos”(Marzano [1903]1985:183). Nem mesmo oferecendo uma vaca conseguiriam um par de sapatos, lamenta o missionário de Turim. Das primeiras atafonas para transformar o milho em farinha, os moleiros, pela necessidade, se transformaram em marceneiros, entalhadores, pedreiros, ferreiros, construindo moinhos não mais tocados por bois, e sim pela força motriz das cascatas.

A leva de colonos chegados da Europa em 1879 foi lançada na floresta a vinte e cinco quilômetros ao sul de Urussanga, onde surge Criciúma. “O caminho que conduzia a Criciúma era uma picada estreita, seguindo o curso de regatos, internando-se na mata como uma galeria”. Lá se faz a cena primária desta etnia jogada no habitat da etnia xóckleng: “um pai de família, circundado por mulher chorando, e pelos filhos pequenos agarrados às suas pernas... e ele encontra-se em meio à grande floresta, ninho de selvagens e animais ferozes, sem armas, sem amigos, sem auxílio!” “O pai derruba umas árvores, procura folhas, forma-se uma cabana. Mas as primeiras noites foram passadas ao ar livre. Alguns, tirando dos baús as roupas e ferramentas trazidas da pátria, fechavam ali dentro as crianças para dormir; e não só de noite, mas também de dia, por medo dos animais ferozes” (Marzano, [1903]1985:62). “Viviam em plena floresta virgem, uma família afastada da outra mais de meio quilômetro...”. “Não era Deus que dava tanta coragem?”(Marzano, [1903]1985:59).

A nova imigração, aberta em 1885, concedeu algumas vantagens aos colonos e novas famílias, oriundas principalmente de Beluno e Treviso estabelecem-se nas margens do rio Cocal. Accioly de Vasconcelos, inspetor de terras que escrevera um guia do imigrante no

Brasil, emprestara seu nome ao povoado. Mas o léxico popular preferiu o nome do rio. Vieram também várias famílias polonesas, além de algumas russas e alemãs. Os beluneses, práticos em laticínios, trouxeram o artesanato do queijo, da manteiga e do requeijão. Iniciaram a produção de porcos, cujo toicinho chegou a ser vendido no Rio de Janeiro, no início do século.



Figura 6: Papel Moeda do início do século XX, do Império Áustro-Húngaro. Note-se que o valor é escrito em várias línguas do Império, inclusive em Italiano.

Selva, Polenta e Café

A selva foi dominada gradualmente, mas a catequização dos índios não foi conseguida, apesar dos esforços de Luiz Semetille, um padre franciscano especialista em índios que se embrenhava pela floresta. Marzano descreve o impacto que a natureza causava ao branco, na virada do século, pela grossura das árvores, cobertas de trepadeiras e adornadas de flores variadas, com tanta vegetação que era impossível “a visão além dos vinte passos”. “A vegetação parasitária reveste de tal modo as grandes árvores que forma quase uma coisa só, com elas. Oferecem à vista do homem colunas altíssimas de verdura, interceptadas de quando em quando de crespas orquídeas, cujas flores multicoloridas reúnem-se caprichosamente e formam ramalhete”. Admirados pela multiplicidade de animais exóticos os missionários observam que “o colono mesmo porque é prático, é o inimigo da floresta, que destrói sem compaixão alguma. Ele abate as árvores, depois lança-lhes fogo, destrói uma quantia imensa de ricos materiais, e em pouco tempo, daquela luxuriante vegetação não resta que

cinza”(Marzano, [1903]1985:118-120). O terreno a desbravar e a plantar era virgem e o sistema de desmatamento era medieval. Faltavam meios para aproveitar a madeira. Nasce aí uma agricultura de milho, feijão e arroz. Comiam polenta, “radici”, ou chicórea, e sopa de feijão (minestra), temperadas com banha. A inconstância das estações prejudica o trigo. Os primeiros colonos não se importavam em comer pouco pão e pouca massa. Vênetos e friulanos já comiam pouco pão na Itália. Excelente açúcar e aguardente comparada por Marzano ao rum da Jamaica, tinham, nestas terras, preços ínfimos. A terra era boa para produzir fumo e café, o que criou, com a aguardente, hábitos na população. Em cada casa tomava-se café, já nos primeiros anos do século, três a quatro vezes por dia. Escreve o padre Marzano: “Em cada casa é preciso aceitá-lo. É a única gentileza da região. As mulheres, que na Itália podiam prová-lo poucas vezes, agora sempre têm cafeteira no fogão e o consomem em grande quantidade, mesmo à custa de tornar-se nervosas” (Marzano, [1903]1984:139).

7. ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, POLÍTICA E FAMÍLIA IMAGINÁRIA

A Organização do Estado e a Prisão dos Loucos

Gherardo Pio, da família dos príncipes de Savóia, em 1899 chegou a Santa Catarina como cônsul italiano e ouviu um lamento entre os colonos: “nós vivemos como animais e nossos filhos não recebem instrução alguma”. Não havia escolas nas colônias. “Em Cocal um tal Vendramino Landonatti”, escreve o cônsul, “pago pelos pais de família, recolhe junto a si uma vintena de crianças de ambos os sexos, às quais ensina português. Mas nem por isso o governo local contribui”(Savóia, apud Marzano, [1903] 1984:166). A pedido de Savóia o governo italiano passou a subsidiar parcialmente algumas escolas na região.

Ao início do século, unindo-se a Urussanga todos os núcleos coloniais limítrofes, contavam-se quinze mil pessoas: cria-se o município. Savóia entusiasma-se com as autoridades republicanas brasileiras, que dão ao colono italiano um respeito e uma delicadeza a que ele não estava acostumado na terra de origem.

A tarefa social do estado chega primeiro em forma de Segurança, depois de Educação e só muito tardiamente, de Saúde. A primeira cadeia em Cocal foi construída em 1906. O

primeiro grupo escolar foi inaugurado na era de Getúlio Vargas, em 1933. O serviço médico regular só se estabelece após outros sessenta anos.

O relatório de Savóia ao governo italiano dava conta de que a “falta absoluta de higiene pública combina uma falta absoluta de higiene particular”(Savóia, apud Marzano, [1903]1984:178). O único hospital da época, no estado, que merecesse este nome era o de Caridade, de Florianópolis, porém “suas condições econômicas são tão precárias que a administração é obrigada a recorrer a mil expedientes para não ter que fechar as portas aos doentes” (Savóia, apud Marzano, [1903]1984:180). Os médicos mais próximos de Cocal ficavam em Tubarão, Laguna e Florianópolis. Parteiras, em Cocal, havia uma ou duas. Daí a preocupação dos padres em aprender primeiros-socorros e noções sobre as moléstias mais comuns, além de, no púlpito e nas conversas, não deixarem de “inculcar a limpeza pessoal”.

Marzano relata casos em que indivíduos ficavam dois ou três meses acamados sem saber de que sofriam e sem poderem fazer nada para curar-se. Conta de longas viagens a cavalo e sacrifícios de poupanças em busca de assistência. Atenta para o alcoolismo existente na região, por consumo de cachaça barata: são muitos os que a usam imoderadamente e que, com ela, envenenam o sangue” (Marzano, [1903]1994:178). Descreve, ainda, a inexistência da psiquiatria: “para os alienados não existe ainda estabelecimento algum ou hospício especial. Se um infeliz enlouquece e não tem quem pense por ele, é fechado no cárcere, à mercê dos guardas da polícia. Depois, entre um ataque e outro, é deixado em liberdade e novamente preso. Finalmente exaurida a paciência, é embarcado para o Rio de Janeiro e de lá nunca mais chegam notícias dele”(Marzano, [1903]1984:180).

Portanto, o asilamento vitalício, no Rio de Janeiro, era a referência e o destino para os que esgotavam, até o fim, a paciência de seus conterrâneos. Antes, porém, da viagem sem volta, estavam os estágios pelas cadeias. A capital do estado não foi diferente das aldeias do interior. O historiador Oswaldo Cabral conta que, na Florianópolis do século XIX, a cadeia ficava no andar térreo do prédio onde hoje está instalada a Câmara de Vereadores, bem na praça principal da cidade. O prédio, na época chamado de Casa da Municipalidade, abrigara, sucessivamente, no andar superior, varas judiciárias, tribunais, e outros órgãos públicos. Em baixo, era presídio. “O ruído e o fétido eram grandes, tanto mais que, além dos presos (havia

enxovias³³ para ambos os sexos), recolhiam-se a ela os loucos, os escravos mal comportados ou em depósito judicial, e os paus d'água da Vila. As aberturas gradeadas das janelas davam para a Praça e para a Rua da Cadeia - e nelas se penduravam os "pensionistas", para pedirem esmolas aos transeuntes"(Cabral, 1979:66). O imperador Pedro II visitou o lugar quando esteve no Desterro - nome de Florianópolis na época - e não escondeu seu desagrado pela precariedade do local: "para penetrar nas enxovias teve necessidade de entrar de gatinhas pela abertura que lhe dava acesso". Quando, no século seguinte, a cadeia foi retirada dali, poucas de suas grades foram usadas para outras construções. Havia quem acreditasse que davam azar aquelas grades, sobre as quais deslizaram lágrimas sem conta, usadas para separar da população os infelizes recolhidos aos térreos da Câmara da capital catarinense (Cabral, 1979: 66-67).

Em 1909, Dom João Becker, o bispo de Santa Catarina, pede apoio financeiro ao governo estadual, separa os loucos dos demais presos e, através do Padre Lux, funda o Hospício de Azambuja, próximo da cidade de Brusque, a mais de cem quilômetros da capital. Espera-se, com vinte vagas, resolver o problema dos enfeitados da vasta diocese. Após sete anos de funcionamento, o hospício contará com quarenta e sete internos. E continuará crescendo, até que o governador Nereu Ramos, indo a Azambuja, já no meio do primeiro governo de Vargas, sinta o mesmo desconforto pineliano que Dom Pedro II sentira nas enxovias do centro histórico de Desterro.

É em 1904 que Cocal passa a ser distrito de Urussanga. Em 1910 estabelece-se lá um cura polonês, poliglota, que busca harmonizar as diferentes etnias locais. Em 1924 já funciona um clube de futebol e uma sede recreativa onde se dança. Em 1932 inaugura-se a energia elétrica, inicialmente de corrente contínua, produzida por uma hidrelétrica de propriedade da família Cechinel. Em 1950 realiza-se um sonho do antigo padre Marzano: as freiras da Congregação de Santa Catarina chegam a Cocal. Lecionam no grupo escolar e mantêm um modesto ambulatório com serviços de enfermagem.

³³ Cárcere térreo ou subterrâneo, escuro, úmido e sujo.

A Acumulação de Riquezas Materiais

Artesãos locais de azulejos reúnem-se em torno de Alfredo Dal Priori, que pregava a criação de uma cooperativa para fabricar cerâmica artística. Em 1954 funda-se a Cerâmica Cocal Ltda., uma sociedade de vários pequenos produtores. Não poderia o culto piemontês Marzano imaginar que a história tomaria este rumo. Suas várias sugestões para o desenvolvimento regional esteado no extrativismo e na agricultura foram suplantadas.

A estrada que vai da região de Lages, chamada de região da Serra, em direção ao litoral, cortara Cocal. Rota de transporte de gado pelos tropeiros, passou a incentivar colonos habilidosos na produção de queijos, salames, linguiças, banha de porco, farinhas e azulejos, a construir um núcleo urbano que fez lucros pelo artesanato rural e pelo comércio. Diz um executivo de Cocal: “A história econômica de Cocal do Sul não tem a ver com recursos naturais e sim com o excedente das trocas”(Celito H. Cardoso, gerente de Recursos Humanos da Cerâmica Eliane).

Produzindo oito mil metros quadrados de azulejos por mês, mas rumando à paralisação, em 1959, a Cerâmica Cocal foi comprada por Maximiliano Gaidzinski, comerciante local, filho de colonos poloneses. Este buscou na Itália conhecimentos tecnológicos, prensas, esmaltadeiras, corantes e outros produtos químicos para dar um salto na produção. Os fornos intermitentes deram lugar aos de produção contínua e logo os azulejos de uma só cor deram lugar aos decorados, uma novidade no Brasil. Desdobrando-se como um aglomerado de indústrias de pisos, azulejos, refratários e outros derivados, o grupo nascido em Cocal produz, em 1997, aproximadamente dois milhões e novecentos e dez mil metros quadrados ao mês. De suas dez fábricas, cinco estão em Cocal. Nesta cidade produzem-se um milhão e seiscentos mil metros quadrados por mês, usando-se dezesseis mil toneladas de matérias primas básicas (argilas), em geral trazidas de longe.

Em vários municípios vizinhos a mineração do carvão foi a base do crescimento econômico, com estragos ambientais severos. Cocal preservou-se e ao mesmo tempo levou Santa Catarina a se tornar um dos polos cerâmicos mais importantes do país. Cerca de 32% da cerâmica brasileira é catarinense. O setor sofreu desaquescimentos e recuperações. Na última recuperação, em 1994, a oferta de empregos não acompanhou o incremento da produção. A tecnologia moderna “exige menos funcionários e exige deles maior formação técnico-

escolar”(Celito H. Cardoso). A Eliane de Cocal tem 17% do faturamento nacional do setor e é o segundo maior exportador, responsável por 21% das exportações do setor no Brasil, segundo dados colhidos diretamente em arquivos da empresa, em 1997. Contudo, o Brasil é dono de apenas 5% do mercado mundial de cerâmica, enquanto que a Itália o é de 49% e a Espanha de 23%. Segundo dados coletados em entrevistas com executivos da empresa, a tendência deste tipo de indústria hoje é a de localizar-se próxima aos maiores centros consumidores, como Rio de Janeiro e São Paulo. Daí o prognóstico de que as fábricas em Cocal tendam a não crescer.

Com o crescimento da indústria cerâmica, nos anos setenta, Cocal sofreu um certo choque cultural, com mudanças no estilo de vida. Até aquela época, absorvia mão-de-obra local. Passa então a atrair trabalhadores de toda uma faixa geográfica em direção à Serra. Gente de Orleans, Lauro Müller, São Joaquim, Lages e adjacências, migram a Cocal. A colônia italiana, com minoria polonesa, encontra-se com brasileiros de sotaque caboclo, descendentes de lusitanos e até de índios. Tal processo de urbanização ligado à expectativa de emprego na indústria, porém, acompanhou uma tendência geral no estado.

A alteração das populações urbanas catarinenses deu-se na década dos setenta, numa percentagem de 48%. Em 1973 provavelmente a população urbana catarinense já se igualava à rural. Aumentava não só por crescimento demográfico, êxodo agrícola (saída de trabalhadores ativos que abandonam a agricultura), êxodo rural (saída dos habitantes em direção à cidade), melhoramento dos transportes e elevação geral da renda, mas também por peculiaridades culturais próprias dos países pobres (Peluso Jr., 1991:22). Este processo continuou até os anos noventa, pois 28,6% da população de Cocal do Sul, em 1993, residia no município há menos de seis anos. Há indícios, porém, pela avaliação da pirâmide etária, de que jovens entre quinze e vinte e quatro anos estejam migrando para cidades maiores.

Só em 1991 Cocal consegue emancipar-se politicamente de Urussanga. A partir daí, denomina-se, oficialmente, Cocal do Sul. Ítalo Rafael Zaccaron, em 1993, é empossado como seu primeiro prefeito municipal. Seu vice, José Orlei Sartor, é também o primeiro secretário municipal de Saúde.

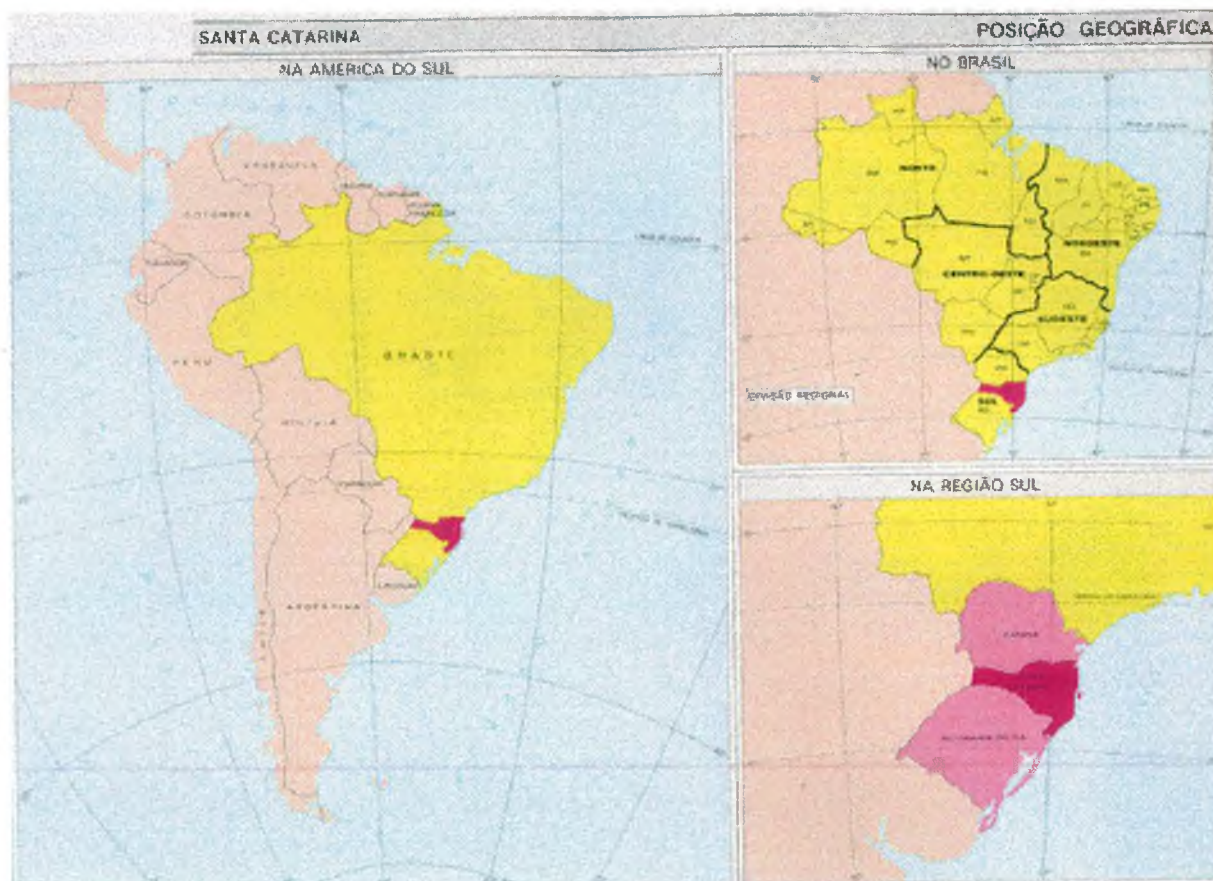


Figura 7: Localização do Estado onde se realizou a pesquisa.

Os Habitantes

Pelo censo levado a cabo no município em 1993, a população é de 12.097 habitantes, dos quais 9.427 vivem na zona urbana e só 2.640 na rural. Portanto, 78% dos moradores estão na cidade. Os 3.215 núcleos familiares normalmente são pequenos, com médias de no máximo quatro pessoas. Um terço da população tem menos de quinze anos de idade. A escolaridade dos adultos considerados chefes de famílias é baixa: 52,1% deles estudou entre a primeira e a quarta série do primeiro grau. São analfabetos 5,6% deles. O grau de escolaridade das mães é menor ainda. Contudo, todas as crianças urbanas freqüentam escola. Dentre as rurais, só 6% delas não freqüentam. Quarenta por cento dos jovens entre quinze e dezenove anos cursam o segundo grau. O número de crianças em jardim de infância é 25%, média alta para o Brasil. Quanto à renda, 72% das famílias percebem de um a quatro salários mínimos. Dez por cento percebem mais de sete salários mínimos. O número de desempregados, entre os pais de família, é de 6,7%. Os empregados são 58% e 16% trabalham por conta própria. Dentre o total de homens, 81,8% estão trabalhando. Dentre as mães, 13,5% estão desempregadas.

O saneamento é bom: 87% da população urbana serve-se de água da rede pública e a rural usa poços próprios. Quanto ao destino dos dejetos, quase quarenta por cento da população é atingida pela rede de esgotos, e quase 45% têm fossa e sumidouro ou só fossa. A coleta de lixo urbana atinge a 95% das famílias urbanas. Setenta e sete por cento das pessoas habitam em casa própria e só 13,6 alugam imóvel para morar. As casas, em geral, são suficientemente amplas.

A mortalidade infantil é de 35 crianças para cada mil nascidas vivas, coeficiente ainda alto, mas bem abaixo da média brasileira. O coeficiente de mortalidade de menores de cinco anos é também abaixo. A desnutrição e as complicações infecciosas fatais em crianças são bastante raras, fugindo da regra nacional.



Figura 8: O Sul Catarinense
Fonte: Sec. Planejamento SC (modificada)

O índice de desenvolvimento social, IDS, cruza vários indicadores (receita municipal, condições de sobrevivência de crianças de zero a seis anos, PIB municipal per capita, taxas de analfabetismo, taxa de aprovação e evasão escolar, saneamento básico, mortalidade infantil), numa escala de zero a um. Segundo a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente, o IDS de Cocal do Sul em 1997 é 0,74. Iguala-se ao de Joinville, Gaspar, Itajaí e Itapiranga. Deixa-o em sexto lugar entre os municípios catarinenses, atrás de Jaraguá do Sul, Blumenau, Timbó, São Ludgero e Tunápolis. Urussanga pontua 0,73.

É marcante a diferença econômica de Cocal do Sul e Urussanga para com os outros municípios do sul de Santa Catarina. Boa parte desta área, após ter vivenciado um ciclo econômico carbonífero, vem ficando mais pobre, pela crise da mineração de carvão. Cocal do Sul tem o maior produto interno bruto da região, com um PIB per capita de doze mil e trezentos dólares. Lauro Müller, vizinho cuja história econômica se fez pelo carvão, tem hoje um PIB per capita de mil e quatrocentos dólares. A extração do carvão deixou uma herança ambiental: vários rios poluídos por resíduos de mineração.

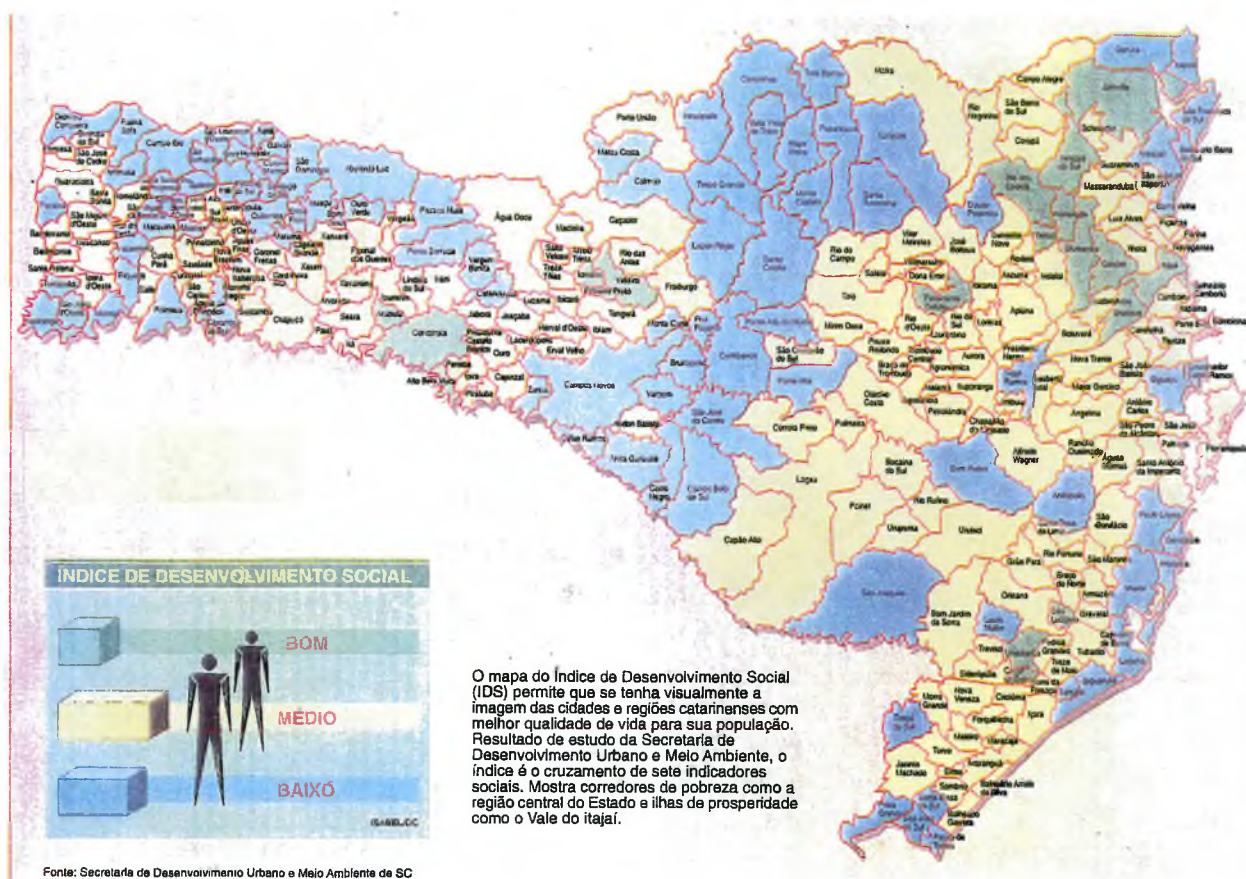


Figura 9: Índice de Desenvolvimento Social dos Municípios de Santa Catarina / 1996.

Após a posse do primeiro prefeito municipal, em 1993, uma comissão inicia as entrevistas para a realização do Censo Sócio-Econômico de Cocal do Sul. Seus objetivos incluíam cadastrar todas as famílias e conhecer sua realidade social a fim de ter subsídios para o desenvolvimento de projetos públicos.

Em relação à saúde, o Censo perguntava se havia alguém na família que tivesse um dos seguintes problemas: câncer, diabetes, cegueira, doenças respiratórias, “problemas mentais”, surdez, malformação, deformidades, doenças de coração ou circulação, paralisia. A resposta “problemas mentais” ocorreu em 24,5% das vezes, seguida de “coração e circulação” com 17,7%. As respostas não têm qualquer valor diagnóstico, mas apontam uma tendência das demandas populares. De fato, sob o título de “problemas mentais”, pessoas colocavam desde o retardo mental severo até distração durante aulas do segundo grau, desde ter um cliente contumaz das internações psiquiátricas em casa, até o nervosismo diante da negação de cadastro para crediário em lojas. Mas muitas histórias de egressos de hospitais psiquiátricos impressionaram os entrevistadores. A enfermeira Ivanir Prá Thomé, que colaborou na confecção do Censo, fora responsável pelo setor de Saúde Mental na coordenação administrativa regional de Saúde, em Criciúma. Já tentara, mesmo, incentivar um projeto de atuação neste setor, para Criciúma, alguns anos antes, sem sucesso. Havia, na administração, abertura para a recomendação dos avaliadores do Censo, de “implantar um programa de Saúde Mental”.

O vice-prefeito, um farmacêutico-bioquímico saído de uma das famílias antigas de Cocal, também secretário municipal de saúde à época, relata assim a decisão de implantar o programa:

“Não sabíamos das reais necessidades dentro da área social. Fizemos o Censo Sócio-Econômico. Antes dele, a equipe tinha em mente desenvolver programas de planejamento familiar, diabetes, hipertensão, saúde da mulher, mas mudamos de idéia. Chamou-nos a atenção o fato de haverem pessoas que passaram por hospitais psiquiátricos. Decidimos não ficar só com os programas tradicionais, e trabalhar na Saúde Mental. E decidimos trabalhar de acordo com a reforma psiquiátrica. Em junho de 1994 já estávamos iniciando um atendimento efetivo à clientela. Hoje, além dos egressos de hospitais psiquiátricos, atende-se também a não-egressos que precisam de um acompanhamento especializado” (José Orlei Sartor, vice-prefeito, no Fórum Municipal de Saúde Mental Coletiva, em 20 de março de 1996).

Na fundação do município havia uma única unidade sanitária, atendida por funcionários de nível médio (auxiliares de enfermagem) e dentistas que vinham de Urussanga alguns dias da semana. Não havia médico, excetuando-se o atendimento interno da Cerâmica Eliane, pelo seu serviço de medicina do trabalho.

Instalaram-se três unidades de saúde fixas (a do Programa de Saúde da Família, PSF, o Centro de Atenção Psicossocial, CAPS, e a chamada Unidade Sanitária de Cocal), duas unidades móveis (o odontomóvel e o *trailer* do Serviço de Educação em Saúde na Área Rural), e o Programa de Saúde Bucal do Escolar, que acontece nas escolas. Criaram-se programas de atenção ao idoso e à saúde da mulher. Seis médicos passaram a trabalhar no sistema municipal, em tempo parcial. A prefeitura investiu mais de 12% de seus recursos no sistema de saúde.

A Saúde e a Atenção Psicossocial do Município

Em meados de 1995 o serviço de Saúde Mental foi cadastrado no Ministério da Saúde como CAPS de um turno e expandiu-se de forma organizada, assim como os Programas de Saúde da Família e de Saúde Bucal. Ao início de 1997, o CAPS já tinha um cadastro de 584 pessoas que, em alguma época, participaram de alguma atividade grupal (reunião de familiares de pacientes, oficina terapêutica, etc.) ou pediram entrevista com algum profissional para falar de si ou de algum parente.

Do ponto de vista da Saúde Pública, os indicadores de assistência em Cocal do Sul permitem reflexões interessantes. Em 1996 o CAPS deu 1.230 consultas psiquiátricas. Os epidemiologistas estabelecem parâmetros, medidas, que permitem avaliar o desempenho de serviços de Saúde e planejar sobre necessidades. Um destes parâmetros é a relação entre o número de consultas psiquiátricas dadas e o número de habitantes de uma área político-geográfica (Santa Catarina, 1993:15). Em Cocal do Sul, o cálculo desta relação perfaz uma consulta para cada 9,83 habitantes por ano. Outro parâmetro é a comparação do dado anterior com uma meta, ou número ideal de consultas numa população. Em geral os ministérios de Saúde adotam metas que variam, de uma consulta para cada vinte e sete habitantes por ano, a uma consulta para cada trinta e cinco habitantes por ano. Na América Latina é considerada razoável a meta baseada em vinte e sete habitantes. O município estudado ultrapassou a meta

preconizada, com um superavit de 71%. Para atingir a meta esperada pela Secretaria de Estado da Saúde, o município teria que atingir, com a população recenseada, 452,74 consultas. Fez 747,26 consultas a mais. É comparável, portanto, aos países mais estáveis e ricos do planeta, neste indicador. O estado de Santa Catarina, se comparado com os outros, é um dos mais bem servidos, em termos de assistência psiquiátrica, no Brasil. Atingiu 44% da sua meta ideal de consultas. Só este dado, para comparação, mostra a situação excepcional da cidade pesquisada. Converte, pois, ao princípio da Organização Panamericana da Saúde, de que a atenção ao doente mental deve ser discutida em planos regionais: para que os serviços “se mantenham, é necessário que tenham sua base nas comunidades e que estejam adaptados às condições locais”(OPAS, 1995:19).

Os resultados de toda a movimentação na área da assistência à Saúde, em Cocal do Sul, podem ser medidos pela diminuição da necessidade de internações hospitalares verificada no município. Em três anos, o número de internações anuais, para todos os tipos de doenças, em hospitais, pelo SUS, baixou de 146 para 96 (Panorama, 1996:7). A eficiência dos serviços preventivos, como é o caso dos Programas de Saúde da Mulher e de Educação em Saúde na Área Rural, bem como o atendimento imediato das moléstias enquanto elas ainda não evoluíram, trouxeram a muitas pessoas a cura antes de precisarem internar nos hospitais da região. Os hospitais mais usados são os de Criciúma, que são maiores e contam com especialistas de maior qualificação, em relação às cidades vizinhas.

As queixas da prefeitura nesta área dirigem-se ao Ministério da Saúde, que precisaria “repassar mais recursos financeiros para desenvolver ações coletivas e também corrigir as distorções nas tabelas de pagamento”, pois o teto financeiro estabelecido não estava “de acordo com a realidade” e há “pouca valorização financeira do Ministério da Saúde para atividades de promoção à saúde, em relação a determinados procedimentos”(Thomé, 1996:7). A análise da planilha de receitas e despesas do CAPS mostra que, em 1996, quase quarenta por cento dos gastos foram cobertos por verbas do SUS, cobrados do Ministério da Saúde. Pouco mais de sessenta por cento saiu da prefeitura. O CAPS utilizou quase doze por cento do orçamento da Saúde municipal. Destes, 85,3% foram salários e encargos com pessoal (Rochi et al., 1997:36).

Aos vinte de março de 1996 a prefeitura promove o Fórum Municipal de Saúde Mental Coletiva, que atrai técnicos de várias cidades, especialmente de Porto Alegre, Florianópolis,

Criciúma, Tubarão, Lages, Capivari de Baixo e Correia Pinto. É notável, neste evento, a maciça participação popular, com a presença de pacientes e de seus familiares. Neste Fórum o vice-prefeito avalia assim o trabalho do CAPS:

“Pelo tempo curto em que existe o CAPS não temos um estudo estatístico, mas notamos que as internações psiquiátricas diminuíram muito com o desenvolvimento do programa. Não alcançamos os objetivos mas já há um retorno social quando vemos o paciente integrado com a família e quando diminui a diferença entre o doente mental e as outras pessoas. O resgate da cidadania do doente mental é o nosso trabalho. É alternativo ao modelo hospitalar”. [...] “Consultas normais, visitas domiciliares, oficinas terapêuticas, grupos de famílias são desenvolvidos, e isto custa aos cofres municipais. Luz, aluguel, motoristas, técnicos: tudo o que é gasto é computado. Se parte disto vem do SUS, parte maior vem do município que está bancando o trabalho”. [...] “De nada disso a gente está reclamando. A reclamação é com as esferas federal e estadual, que dão pouco apoio. Se não existir isso na cabeça do prefeito, secretário e equipe, o CAPS não existe. Tudo isso depende de vontade política” (Orlei, vice-prefeito).

Se a criação do serviço decorre de “vontade política”, isto é, da decisão dos governantes, a sua continuidade depende de outros fatores, que Sartor consegue prever diante dos populares que compareceram ao Fórum Municipal de Saúde Mental Coletiva:

“Vocês têm que transformar a questão da saúde em uma coisa tão importante que nenhum prefeito chegue a pensar em extinguir os programas de Saúde que estão funcionando. Enquanto a proposta é só do executivo, ela é frágil. Precisamos de vocês: aceitem a convocação da prefeitura e transformem-se num movimento. Este é o desafio!” (Orlei, vice-prefeito).

O CAPS Funcionante

Junto com Orlei, a assistente social responsável pelo setor de promoção social da prefeitura, a enfermeira que tinha experiência administrativa em Saúde Mental e um psicólogo voluntário, ao idealizar o estabelecimento do CAPS, contaram com trinta e cinco pessoas

dentre as mapeadas pelo censo, interessadas em participar do projeto, como usuários, após uma visita domiciliar. Definiu-se que 14 anos seria o limite mínimo de idade para os usuários, não se fazendo, portanto, o atendimento de crianças. Em breve a equipe se completava, com técnicos recém admitidos por concurso público, liberando a assistente social e a enfermeira que trabalharam na idealização. As duas mantiveram-se no planejamento e na administração da Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social. A equipe do CAPS ficou, pois composta por um psicólogo, dois médicos psiquiatras, uma assistente social, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, um terapeuta ocupacional e uma agente de serviços gerais. A maior parte do serviço de telefonia, agendamento, recepção e cadastro inicial de clientes é feita pela auxiliar de enfermagem. A agente de serviços gerais, segundo nossas observações de campo, tem também papel importante na montagem de vínculos com os pacientes, pois enquanto responsável por manter a limpeza, cozinha, copeira e servidora de lanches, dá aos ambientes do CAPS uma característica de casa de família.

Esta equipe nuclear do CAPS recebe o auxílio não cotidiano de um professor de educação física e de um professor de música, além, eventualmente, de outros funcionários da prefeitura que possam ser designados para ajudar em eventos especiais.

“O CAPS faz um planejamento anual. Numa planilha, registramos tudo o que pensamos fazer no ano, como festas, reuniões, passeios. Fazemos reuniões de equipe quase todas as terças-feiras. Fazemos psicoterapia breve e de apoio, damos consultas psiquiátricas e psicológicas. Trabalhamos a angústia das famílias em grupos” (Psicólogo, no Fórum Municipal de Saúde Mental Coletiva).

Há um grupo diário, de encontro, atividades e conversas, a cuja frequência são incentivados todos os pacientes em crise, muito regredidos, ou com dificuldades grandes de relacionamento. Funciona como um grande grupo operativo³⁴, de frequência livre.

³⁴ Na encruzilhada, entre a psicanálise, as teorias da comunicação em psicologia familiar e social e os estudos sociológicos de Kurt Lewin e George Mead sobre pequenos grupos, Pichon Riviére, na Argentina, desenvolveu a teoria dos grupos operativos. Caracterizam-se por estarem centrados em uma tarefa, pela qual visam ao aprendizado de como pensar, como desenvolver capacidade de resolver contradições sem criar conflitos. Visam à ruptura de condutas estereotipadas que dificultam a aprendizagem e a comunicação e ao aumento da capacidade de mudança das pessoas. As pessoas, nos grupos operativos, agem em tarefas grupais, exercendo e deixando explícitos seus papéis diferenciados e complementares. Filiam-se voluntariamente a compromissos grupais e discutem cooperação e formas de aprimoramento da comunicação a todos. São grupos diretivos e não se propõem a fazer psicanálise de grupo. Conceitualizações, de forma sucinta, podem ser encontradas em Kolb (1976:572-578), Saidon (1982:169), Kamkhagi (1982:206) e Raj (1984:63).

No outro grupo, chamado de “oficina”, reúnem-se duas vezes por semana os usuários que se propõem à praxiterapia pelo artesanato e por atividades artísticas. Épocas como as de natal, páscoa, carnaval, dias das mães, pais, namorados, predispõem a tarefas e à produção de objetos vendáveis. Algumas atividades especiais, como gincanas, excursões, piqueniques, são planejadas, geralmente, neste grupo. Em várias delas ocorre envolvimento de pessoas que não têm qualquer vínculo imediato com o CAPS. Da participação em grupo, entre colegas pacientes, ao entrosamento com pessoas de fora, há um caminho a percorrer, que já se ensaia como proposta reabilitativa:

“Tentamos integrar vários de nossos pacientes ao trabalho. Alguns ajudam como office-boys, outros fazem entregas ou carregam compras nos supermercados. E os donos dos supermercados gostam mesmo do trabalho deles! Como o objetivo é de integração social, fazemos bastante festas. A comunidade foi ao baile de carnaval, no CAPS, este ano, e gostou bastante. Agora planejamos levar outros grupos, como os de idosos, para mostrar-lhes nosso trabalho e montar projetos em conjunto” (Terapeuta Ocupacional, no Fórum Municipal de Saúde Mental Coletiva).

A equipe, em especial através da enfermeira e da assistente social, realiza algumas tarefas típicas da Saúde Pública, voltada à clientela do CAPS, assim como algumas supervisões e acompanhamentos quase a título de maternagem:

“Trabalho como enfermeira não só no ambulatório, mas na oficina. É estranho, mas auxilio na confecção de trabalhos manuais. Realizo visitas domiciliares, vou saber dos faltosos e dos pacientes em surto, trazê-los de volta ao serviço. Acompanhamos os pacientes enquanto hospitalizados, os visitamos nos dias permitidos pelo hospital, falamos com suas famílias, preparamos a sua recepção ao voltar para casa. Além disso, encaminhamos e até levamos aqueles em estado mais grave para tratamento ginecológico, oftalmológico, odontológico, se for preciso” (Enfermeira, no Fórum Municipal de Saúde Mental).

Esta mistura de recreação e reabilitação, assistencialismo e assistência à saúde atrai outras profissões:

“Mais do que fazer exercícios musculares, orientamos sobre obesidade, resistência física, estimulamos brincadeiras, jogos e esportes integrativos e damos valor à expressão corporal através de vivências grupais simples. É um envolvimento da Educação Física com o trabalho em Saúde Mental, que eu desconhecia no meu curso universitário. Já é um novo mercado de trabalho”(Jairo, professor de Educação Física).

Os pacientes que participaram da mesa-redonda no Fórum Municipal de Saúde Mental Coletiva, ao microfone deram depoimentos cheios de emoção. É interessante notar que todos os seus discursos deram realce a uma sensação de recuperação ou de construção de uma família imaginária, composta através de experiências tidas no CAPS:

“Eu era uma mulher doente que não sabia mais o que fazia. Ali encontrei uma família, uma turma que me recebeu” (Arina, usuária do serviço).

“Hoje o CAPS é uma família para mim (Lorena, usuária do serviço).

“Sou freqüentadora do CAPS há três meses e vinte dias. Quando cheguei estava de uma maneira que só queria sair, não podia mais viver, maltratava os filhos, não tinha mais amor pela vida. Tem gente que pensa que a gente é louca porque tem problemas de nervos. Hoje estou começando a ser feliz novamente. Agradeço ao Orlei, à equipe, aos meus filhos, que eles todos são minha família agora”(Jucélia, usuária do serviço).

O ano de 1997 começa com um novo prefeito. Ex-deputado, um dos filhos do fundador da Cerâmica Eliane, Jarvis Gaidzinski elege-se em oposição à administração anterior, após disputa com Sartor. Buscando o enxugamento da máquina administrativa, a terceirização de serviços, a diminuição de despesas com folha de pagamento de funcionários e o combate à estabilidade funcional, o novo prefeito demite a equipe do CAPS, como as de outros setores, e extingue seus cargos, conservando apenas os dois médicos. A preocupação dos pacientes e familiares vai levar vários deles a reclamar a vereadores e a promover reunião com representantes da prefeitura, a qual mantém a maioria das demissões, mas ouve a reivindicação e acaba por garantir a permanência do CAPS (Jornal da Manhã, 11/3/97, p. 7). O atendimento fica prejudicado por cerca de dois meses. Com uma nova equipe, menos experiente, junto aos dois médicos antigos, o CAPS volta a funcionar. A recomendação feita pela Etapa Municipal

da X Conferência Nacional de Saúde (Panorama, 5/7/96, 2, p. 3), de conservar o Centro de Atenção Psicossocial nas futuras gestões municipais está se mantendo.

Resultados de Onze Estações Sob Estudo

As entrevistas com a equipe do CAPS, que gravamos para este trabalho, ocorreram no último semestre de 1996. A observação participante seguiu-se, adentrando os primeiros meses do ano seguinte. Portanto, o pessoal entrevistado foi o que assistiu à fundação do CAPS e nele acompanhou um processo que durou três invernos, três primaveras, três verões e dois outonos. Tentamos extrair dele o sumo destas onze estações de experiências e trabalho. Consideramos seu sumo as representações, os feitos e os aprendizados na área da atenção e da reabilitação psicossocial. Não priorizamos, no trabalho, o estudo de seu bagaço e de suas sementes, que residem nas áreas institucionais e sócio-políticas.

8. OS ENTREVISTADOS E SEUS TEMAS

Identificação e Delineamento do Perfil

O tempo de profissão dos técnicos do CAPS, formados em universidade, varia de dois a dezesseis anos. Os mais jovens formaram-se dois anos antes da coleta dos dados da pesquisa e os mais antigos há menos de vinte anos.

Todos foram criados em lares de tradição católica. Nenhum admitiu-se ateu. Todos admitiram ser “não praticantes”, com exceção da Secretária de Saúde (Enfermeira), que diz-se freqüentadora de missas quase regularmente. Um dos médicos se disse simpatizante do espiritismo kardecista em função de “a religião católica não satisfazer aos anseios religiosos pessoais.”

Nenhum dos funcionários tem cônjuge, filhos ou pais com algum problema mental tratado. Uma funcionária de nível não universitário revelou que sua irmã já falecida era psicótica, com internações em macro-hospital. Uma de formação universitária relatou ter tido uma irmã depressiva, que faleceu em circunstâncias misteriosas, deixando suspeitas de suicídio.

Um teve um primo esquizofrênico, sem que houvesse, porém, maior convivência. Dois tiveram avós considerados portadores de transtornos mentais (respectivamente qualificados como “neurose de guerra” e “doença mental”), porém não tiveram qualquer convívio com estes avós.

Com exceção, portanto, da funcionária cuja irmã era psicótica assim reconhecida, nenhum outro teve, em família, convívio direto e intenso com problemas como aqueles com que viera a trabalhar.

Nenhum dos funcionários pode ser considerado um militante político à época da pesquisa, que coincidiu com um período pré-eleitoral e eleitoral. Nenhum é aficionado de leituras políticas, de economia ou sociologia. Nenhum fora líder estudantil nos movimentos universitários. Nenhum fora candidato a cargos eletivos públicos. A secretária de Saúde, ocupante de cargo de confiança política, se disse simpatizante do partido do Prefeito. A assistente social se disse simpatizante de um partido de esquerda. Nenhum teve formação teórica marxista. Nenhum foi membro militante, filiado ou contribuinte financeiro de qualquer projeto partidário. Diante das eleições em curso era visível a expectativa de toda a equipe, de que o candidato da situação, o então vice-prefeito e ex-secretário de Saúde, criador do CAPS, fosse eleito. Tal expectativa implicava num reconhecimento pela identidade de ideais na área da Saúde Mental. Porém, nenhum membro da equipe terapêutica do CAPS envolveu-se diretamente na campanha política, no sentido da busca de votos ao candidato por meio de visitas específicas, reuniões, organização de comícios, circulação permanente de folhetos, etc.

Nenhum dos entrevistados associou seu interesse pelo trabalho comunitário no CAPS com motivações religiosas, ideológicas ou políticas.

Em alguns, a má impressão deixada pelo hospício, visitado nos tempos da universidade, parece tramar-se com as influências para a escolha do trabalho:

“Tinha muita curiosidade de saber como viviam essas pessoas, como eram tratadas...se tinham muitas internações. A minha preocupação era muito com aquela visão mesma do hospital psiquiátrico de condições sub-humanas. Então envolvia um desejo de poder saber como vivem, como são, o que fazem e o que fazer para melhorar a vida delas. Tanto que na época eu nem questionava salário. Eu me lembro que na época [de realizar o questionário prévio ao projeto] eu ganhava um almoço. Eu viria por um almoço fazer este trabalho” (Psicólogo).

Este discurso, preocupado com “o que fazer para melhorar a vida dos pacientes” vem em forma de “ajudar os outros”, repetidamente:

“Minha missão está ligada a ajudar os outros” (Terapeuta Ocupacional).

“Eu queria fazer alguma coisa para ajudar eles...” “...para recompensar o que os outros fizeram pela minha irmã lá, que ficou nove anos lá no hospital psiquiátrico” (Agente de Serviços Gerais).

Ambas as enfermeiras (a secretária municipal de Saúde e a da equipe) participaram da idéia prévia de montar um projeto de Saúde Mental para o Município de Criciúma, alguns anos antes. Viram o abortamento da idéia e a dispersão da equipe. Por isso a secretária diz que “isto que a gente está fazendo até não é novo. O que falta é pôr em prática, pois no Brasil a Saúde Mental não se aplica na prática, só se fala. Tem é que começar fazer!” (Secretária Municipal de Saúde). Sua inspiração vem da Saúde Pública. Trabalhou em Hospital Geral e depois no Centro Administrativo Regional de Saúde. Lá cuidou dos temas relacionados à Saúde Mental, entre outros, que a motivaram a fazer um curso de Administração em Saúde Mental, em Porto Alegre.

Ambos os médicos tiveram forte ligação com a medicina em si, durante o tempo de universidade, gostando da clínica geral. Um deles, filho de médico, apesar de ser psiquiatra, trabalha também com clínica geral, no Programa de Saúde da Família, mantido pelo SUS. O outro não exerce a clínica geral, mas sofreu influência, em sua escola, do Movimento Sanitário³⁵ dos anos oitenta e de professores de peso na área da Medicina Social³⁶. Em ambos se pode ler a presença de uma medicina comunitária gaúcha influenciada por nomes como Kurt Kloetzel (1984) e Ellis Busnello (1976). Ambos cabem perfeitamente dentro dos critérios preconizados pela Organização Panamericana da Saúde, quanto à qualidade da capacitação de médicos para trabalhar em Saúde Mental. A Organização preconiza que se ressalte os “aspectos psicossociais da atenção”, incorporando-os na educação e no treinamento de

³⁵ Movimento de técnicos brasileiros da área da Saúde, organizado nos anos setenta e oitenta, com preocupações progressistas, influente na proposição de modificações político-institucionais que culminaram na extinção do INAMPS e na criação do Sistema Único de Saúde, através de uma estratégia, inicialmente de oposição à ditadura militar e depois de participação no governo da Nova República como força contra-hegemônica. Manteve-se não só a partir do grupo de técnicos que acumulou conhecimentos nesta área e nas lutas políticas, mas por entidades populares e sindicais, formulando a proposta coletiva do sistema nacional de Saúde. Sobre o tema, ver Gallo e Nascimento (1995:94-118)

³⁶ É o caso de Luiz Augusto Facchini, César Vitoria e Jorge Béria.

médicos e enfermeiros, pois “se os médicos vão assumir um novo papel, deverão receber adestramento na relação médico-paciente, em ética médica e em medicina social e comunitária” (OPAS, 1995:20-21).

O terapeuta ocupacional, de 41 anos - o mais velho de equipe - denota ter boa experiência de trabalho com crianças e adultos. Trabalhou com excepcionais e psicóticos. A atuação em comunidade terapêutica hospitalar deu-lhe ferramentas para desenvolver criticamente o trabalho extra-hospitalar. Ele também atribui à influência de uma professora do curso de graduação boa parte de suas escolhas: “a Suzete é terapeuta ocupacional, tem pós-graduação no Canadá. Eu lembro que as aulas dela eram uma terapia para a gente. Falava em ‘vida!’” (Terapeuta Ocupacional).

A Assistente Social, de 24 anos conta que de Saúde Mental “a gente leu pouca coisa”, e que no seu currículo havia “uma cadeirinha só”. Foi, porém, esta “cadeirinha” que a marcou, lecionada por uma pessoa “dinâmica não só em sala de aula mas fora da sala também” (Assistente Social).

A assistente social, uma das enfermeiras e o psicólogo, referem-se, nesta “cadeirinha”, à mesma professora, que tem lecionado as questões de Saúde Mental na Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Enfermeira supervisora de estágios no serviço de Saúde Mental comunitário mais antigo de Santa Catarina, o de Tubarão e Capivari de Baixo, Ingrid May Brodbeck - a Guinga - tem sido uma pregadora do atendimento público extra-hospitalar aos seus alunos.

A auxiliar de enfermagem, aos 35 anos, paga uma babá para cuidar de sua filha enquanto faz o curso supletivo, à noite, após um dia de trabalho. Há sete anos fizera um curso profissionalizante, que não lhe deu o currículo completo do segundo grau. Trabalhou num hospital geral por anos, seu contato maior com pacientes psiquiátricos, até vir para o CAPS. Diz ter tido, no curso de auxiliar de enfermagem, algumas referências a Freud e à psicanálise, “mas sobre doença, estas coisas, não”. “Não tivemos nada de prático” para a área em que trabalha hoje. Avalia que, do curso feito, o que mais aproveita no dia-a-dia é “o que se relaciona à ética profissional”: “então tudo o que acontece aqui a gente não leva para fora, não é? Tanto é que eu nem discuto com meus pais essas coisas!”. Perguntada sobre quais outras coisas aproveitou do curso, cita “o relacionamento” com os

pacientes, “como conversar, tratar igual”. Mas logo contradiz a si mesma: “Não! Acho que isso aí eu aprendi fora do curso. No convívio, assim, de trabalhar com o público!” (Auxiliar de Enfermagem).

A enfermeira da equipe, de 37 anos, formada na Universidade Federal de Santa Catarina tem prática de trabalho em unidade sanitária e em administração e epidemiologia de AIDS. Diz ter feito, enquanto estudante, um estágio psiquiátrico “muito pequeno” na Colônia Santana. Não recorda o quanto seu curso dava importância à Saúde Mental: “daria para dizer que eu estou aprendendo agora a questão do trabalho em psiquiatria, porque do tempo de escola eu não lembro muito!” (Enfermeira).

Os médicos não se incomodam ao dizer que não conhecem Lacan e que não leram Basaglia, mas demonstram conhecer bem os textos básicos de clínica psiquiátrica usados nas escolas de medicina e nas residências de psiquiatria. Conhecem, basicamente, os princípios de psiquiatria preventiva de Caplan, sem se dizerem filiados à sua escola. Não o citam espontaneamente ao falarem de autores. Quanto à relação médico-paciente, um deles denota uma influência existencialista, sem anunciá-la. O outro assume totalmente a influência da psicanálise kleiniana³⁷ na sua formação em psiquiatria dinâmica.

A formação do psicólogo destaca-se como panorâmica: possibilita-lhe, mesmo sem conhecer as obras, citar e localizar histórica e geograficamente autores como Piaget, Freud, Lacan, Basaglia, Laing, Szasz e Goffman.

A Assistente Social denota conhecer Paulo Freire. Suas intervenções, muitas vezes, deixam entrever uma tentativa de deslocar abordagens e técnicas da pedagogia daquele autor ao trabalho com os pacientes e seus familiares.

Fica evidente, à observação, que o CAPS não é um espaço de estudo teórico. É espaço de aplicação, checagem e transformação de saberes, aprendidos nas escolas ou em outros locais onde os profissionais trabalharam anteriormente. É também um local de aprendizado através da prática do cotidiano, onde muitas vezes a queixa é a de “faltar tempo para se conversar”, para se “trocar idéias” e para se estudar. Os estudos teóricos comentados em

³⁷ Melanie Klein foi a principal autora paradigmática a influenciar, frente aos temas psicanalíticos e de psicologia médica, a formação de psiquiatras no sul do Brasil. Anna Freud, Ballint e Menninger também tiveram influência na área.

grupo são pragmáticos. O livro de Jairo Goldberg, sobre o tratamento da psicose em serviços públicos brasileiros, mostrou-se como saída para algumas dúvidas importantes. Goldberg (1994) e o relatório da Conferência de Caracas foram apontados pela secretária municipal de Saúde como os apoios teóricos do trabalho no CAPS. Fora disto, segundo ela, “a gente é carente de bibliografia”. A reivindicação de “supervisão” adenda-se a este tema, repetitivamente.

De fato, durante as entrevistas, com exceção dos médicos em relação aos livros-texto de psiquiatria clínica, e da assistente social em relação à obra de Paulo Freire, nenhum dos entrevistados conseguiu enunciar prontamente, de cor, o título de algum livro, com o nome de seu respectivo autor, como obra que o tivesse marcado na sua formação profissional.

Avaliação e Decomposição para uma Releitura

Os dados, colhidos entre os protagonistas do trabalho no CAPS, nos levam a observar:

1. A característica oral da transmissão do saber nas escolas, em detrimento dos livros.
2. A formação eclética e a ausência de formação aprofundada dentro de alguma escola de pensamento, donde a pouca familiaridade com autores e obras.
3. A influência positiva de alguns professores como fator decisivo na formação.
4. A idéia de que há um saber, em algum lugar, sobre Saúde Mental, e que a “supervisão” poderá trazer este saber à equipe. Tal saber não é procurado nos autores paradigmáticos e sim em uma autoridade, em alguém que fosse enviado por uma instituição, ainda num nível imaginário, a qual poderia ser a Secretaria de Estado da Saúde, uma universidade qualquer, ou outro órgão.
5. A presença de uma multiplicidade de discursos veiculados por autores e escolas, que se fazem anônimos e eventualmente até desconexos em relação aos circundantes. Assim, psicólogo, assistente social, enfermeiras, podem falar de todos os temas levantados por Gerald Caplan (1980), sem saber que isto é uma escola de psiquiatria preventiva e comunitária norte-americana, com uma teoria, métodos de

trabalho definidos e experiências realizadas, inclusive no Brasil, e passível de críticas elaboradas já há vários anos.

O principal grupo de assuntos é o intitulado “temas referentes a representações da doença mental, da loucura e do tratamento” contém temas e características presentes em todas as entrevistas de membros da equipe do CAPS.

O que varia nestes temas e características é a sua intensidade: ora estão longamente presentes, ora apenas aparecem como alusão. Mas podem ser encontradas sempre. Podem ser resumidos nos seguintes itens:

- visão de técnicos versus visão de leigos;
- modelo de doença mental;
- loucura;
- rótulos nosológicos;
- limitação pela doença mental;
- surto ou crise psicótica;
- medo do paciente;
- determinantes de saúde;
- noção de tratamento;
- o paciente como pessoa;
- educação da comunidade.

Estes itens localizam-se em temas e características apresentados de forma bastante uniforme, com pouquíssimas contradições que possam ser ditas notáveis, entre uma entrevista e outra. Podem ser melhor especificados:

- separação da visão dos técnicos da dos leigos;
- terminologia mista, ora psiquiátrica, ora de outros campos (sociológica ou popular);
- tergiversação e hesitação ao definir termos como “normal”, “doença mental” e “loucura”;

- uso de metáforas da mecânica ao falar de doença mental;
- modelo híbrido (mescla de modelo médico, sociológico e popular) de doença mental, sem expectativa de literalidade quanto às palavras;
- loucura é associada a perambulação pelas ruas;
- pouca vinculação às rotulações nosológicas;
- conceito de doença mental ligado ao de limitação (funcional);
- o “surto” é parte importante e crítica dos conceitos de loucura e de doença mental;
- o medo gerado pelo paciente nos outros é constituinte dos conceitos de loucura e de doença mental;
- há presença de um discurso social, oriundo da Saúde Pública, sobre os determinantes de saúde;
- tratamento é uma noção composta, híbrida;
- o tratamento implica em montar vínculo com a instituição (CAPS);
- há uma idéia de que o tratamento realizado atua simultaneamente sobre um problema do paciente e sobre a sua não integração na família e na comunidade;
- trabalham, na abordagem psicológica do paciente, mormente na área de uma psicologia da consciência, sem definição de linha teórica, com poucos momentos de excessão;
- há uma concepção de primazia da “pessoa” sobre o “transtorno mental”;
- idealização de um “trabalho educativo” a ser feito com a comunidade.

Os outros grupos de assuntos classificados foram:

- “Formação escolar e tradições de saberes adotadas”.
- “Trabalho em equipe multidisciplinar e papéis profissionais”.
- “Visão do hospital psiquiátrico e do lugar do tratamento sob internação”.
- “Política”.
- “Trabalho de pacientes, terapia ocupacional e reabilitação psicossocial”.
- “Loucos de aldeia e convívio social com a psicose”.

- “Prevenção, educação em Saúde Mental e medicina comunitária”.
- “Grupos”.
- “Trabalho com famílias”.

A Entrevista da Mãe do Usuário

Os principais conteúdos observados e classificados, da entrevista colhida com a mãe de um usuário do CAPS, são os seguintes:

- A presença dos mortos no cotidiano.
- A presença do serviço público de Saúde Mental na vida familiar.
- A doença mental dentro do lar.
- Crenças populares sobre a psicose.
- Possessão, demoníaca ou por outras entidades espirituais.
- A busca da cura pela religião (pentecostalismo, umbanda, benzimentos, padres)
- A influência dos astros sobre as pessoas.
- A parapsicologia.
- A convivência com o surto psicótico.
- O trabalho na vida do doente mental.
- A doença mental e o uso de bebidas alcoólicas.
- A tolerância e a rejeição ao doente mental.
- O louco da aldeia.
- Identificação com a natureza.

Ao comentarmos as entrevistas, mantivemos uma divisão, por subtítulos, mais pela sequência espontânea dos assuntos, acompanhando seu livre fluxo à medida em que avançam os temas, do que por uma sequência rígida ligada à nossa decomposição inicial, em conteúdos.

PARTE III. OS COMETAS



Figura 10: Um Cometa
Fonte: Azevedo (sem data)

9. REPRESENTAÇÕES DE DOENÇA MENTAL E DE TRATAMENTO

Olhares Leigos e Olhares Técnicos

O convívio cotidiano dos técnicos com diversos pacientes, e com seus familiares, gera contato com suas representações. Apesar de que a linguagem corriqueira dos técnicos use expressões populares e popularizadas, há demarcação clara das crenças e interpretações que pertenceriam ao terreno leigo. Há separação entre “eles” e “nós”, entre o popular e o técnico, o leigo e o erudito, a opinião comum e a profissional. Este senso de pertencer a “nós”, ou seja à equipe, é forte mesmo nos profissionais de menor escolaridade, como a auxiliar de enfermagem e a agente de serviços gerais. A auxiliar, por exemplo, ao relatar as mudanças acontecidas em sua concepções desde que começou a trabalhar no CAPS, conta que, para alguns pacientes, “olhava curiosa, igual aos outros [...] olhava, às vezes até tinha medo”. Era um olhar leigo. “Agora não! A gente já entende por que que eles são assim, a gente já entende, sabe como conversar com eles” (Auxiliar de Enfermagem).

As crenças e superstições populares são bem toleradas e não sofrem combate aberto por parte da equipe. O popular tem um tom de pitoresco, apesar de trágico, conforme mostram alguns excertos da entrevista do psicólogo, em que ele tenta reproduzir discursos ouvidos dentro do CAPS:

“Surgiram muitas histórias”, como a da mulher que “foi tomar banho e na hora veio a menstruação — e não podia ter tomado banho! — aí, saiu dali e, diz ela, enlouqueceu!” Um paciente teria contado: “Eu trabalhava na cerâmica... nos fornos. Quando chegava o inverno tinha que sair do forno e ir lá para o frio, depois voltar para o forno...dali eu enlouqueci por uns tempos” (relatos na entrevista do Psicólogo).

“Enlouquecer”, aqui, é transitório. Não é predicativo³⁸. Os pacientes rejeitam a idéia de serem “doentes mentais”, em muitos casos. “Estar doente” e mesmo “ter enlouquecido por uns tempos” é aceitável, porém “ser doente” e “ser louco” é algo mais difícil de admitir. Em geral, o doente mental é sempre o “outro”, “aquele, pior do que eu”.

Quem vê a doença como patologia são os técnicos. O modelo médico só é adotado pelos pacientes quando vêem alguma vantagem nele, quando o modelo lhes promete algo de bom, como poderemos ver mais adiante, ao estudar a entrevista de uma mãe de paciente que interage com a equipe do CAPS. Isto às vezes dificulta as relações dos técnicos com os pacientes: “Um grande problema aqui é que as pessoas não admitem que são doentes mentais” (Assistente Social).

A assistente social relata que logo nos primeiros dias de trabalho no CAPS, quando ainda era muito inexperiente, inadvertidamente dirigiu-se a um grupo de usuários com a expressão “vocês, doentes mentais”. Sentiu reação imediata. “E deu a maior confusão: “— Mas, como? Nós não somos doentes mentais!”. As pessoas ficam apavoradas... o pessoal acha isso muito forte. E se assusta mesmo!” (Assistente Social). A estratégia da equipe para amenizar o impacto de situações como esta reside em retornar ao assunto eufemisticamente, acrescentando-lhe uma gradação: “Daí a gente tem que estar sempre

³⁸ Predicativo, na gramática, é o que determina o sujeito.

colocando isso, que existem vários 'tipos' de doentes mentais" (Assistente Social), de modo que as pessoas se sintam "menos" doentes.

A comunicação entre classes ou grupos portadores de interesses diferentes requer cuidados na escolha da linguagem, sob o risco de incorrer em gafes. Os sentidos de uma palavra são vários, e carregados de conotações sociais diversas. O que, à primeira vista, é consenso, pode volatilizar-se, pois o *consensus* é "prudentemente mantido à custa de estratégias de deferência recíproca" (Bourdieu, 1996:27), num embate com a ambigüidade das palavras.

A estratégia dos pacientes é a da projeção, a de repassar ou rebater a classificação a outra pessoa. Um paciente um dia chegou à assistente social: "— Cinara, fulano me disse que nós somos todos doentes mentais! Mas imagina se nós somos doente mental! Doente é o Manso, ele é louco!" (relato na entrevista da Assistente Social).

O esforço da equipe é o de transformar o não familiar da doença mental em familiar. O dos pacientes é o de retirar o não familiar de seu meio próximo e colocá-lo no que é consensualmente estranho ou esquisito. Na locução do paciente que fala com Cinara, a categoria "doente mental" se superpõe à de louco, identicamente. O doente mental, na medida da ofensividade da palavra, é o louco. Louco é definição consensual qualificativa que não precisa de conceituação no meio popular. Um louco, no senso comum, é um louco: todo o mundo sabe o que é.

A expectativa de internação de um paciente incômodo, por parte da comunidade, é abortada pelo CAPS, muitas vezes, por contatos com as pessoas incomodadas. Este é sempre um momento em que se evidenciam as diferenças de opinião.

O leigo quer "internar esse guri" [o paciente] porque "ele não pode ficar solto por aí" (Assistente Social). Os argumentos dos funcionários do CAPS algumas vezes são ironizados: "Ah, é? E eu tenho que ficar ali, mas o guri quebrou tudo!" "Como é que ele sabe fazer isso e é doente?" (locuções de populares relatadas pela Assistente Social). Nestas horas a doença é negada pelo leigo, pois os modelos de doença adotados pela equipe são mais condescendentes para com o paciente. A doença aparentemente tem o dom

automático de desresponsabilizar. O leigo que sofreu uma perda (como ter um objeto quebrado, por exemplo), quer punição ao culpado, e não está, naquele momento, interessado em compreender razões ligadas à doença.

Mecânica, Modelos de Doença Mental e Concepções de Tratamento

A terminologia usada pela equipe é usada às vezes no cotidiano da psiquiatria (“surto psicótico”, por exemplo), mas o modelo médico não é hegemônico. “Loucura” é uma palavra de fora do modelo médico, que convive e se ajusta a palavras como “surto psicótico”, num quebra-cabeça eclético. O discurso da psiquiatria dinâmica norte-americana está presente. Doença mental, no CAPS, tem muita relação com família e sociedade, com “a dinâmica desta família com a sociedade” (Psicólogo). Esta dinâmica, no discurso em tela, residiria nas relações entre as pessoas.

Se nos lembrarmos de que a dinâmica é “a parte da mecânica que estuda movimentos e forças motrizes” (Bueno, 1992:371), veremos no discurso a presença da metáfora mecânica, comum na medicina há duzentos anos, bastante usada por Freud na psicanálise e mantida pelos culturalistas norte-americanos. A metáfora, de característica reificada dentro dos círculos médico-psicológicos, mistura-se com a linguagem consensual mais antiga.

O louco da família não se separa do contexto de relações “perturbadas”, de “relações muito loucas” (Psicólogo). Neste contexto, em situações críticas, o filho de uma família “surta”. Perguntamos ao psicólogo onde aprendeu o verbo “surtar”. Resposta: “É um palavreado psiquiátrico. É um... é... surto. Vai olhar lá no dicionário [...]. É um momento em que a pessoa... tem uma crise, eclode uma crise psicótica, sai do... vamos dizer assim, dos parâmetros normais” (Psicólogo).

Existe o verbo surtir (originar, produzir efeito), não o verbo surtar. Porém o substantivo “surto” é vôo alto, arrancada, impulso, irrupção, tendência (Bueno, 1992:1089). Aí está, pois, algo ligado à mesma raiz do “fiat” de William James, do “trieb” de Wilhelm Wundt, da “pulsão” da psicanálise.

“Surtida”, substantivo feminino, é investida, lugar por onde se sai contra os inimigos, saída de sitiados contra sitiantes (Bueno, 1992:1088). Uma associação do surto psicótico a este sentido³⁹ está presente ao longo de toda a obra de Cooper ([1967]) e de Laing (1974), para quem seria coisa plausível até ocorrerem alterações bioquímicas no sistema nervoso, numa situação de xeque-mate, apesar de que o comportamento do esquizofrêncio faça parte de uma rede muito mais ampla de comportamentos perturbados (Laing, 1974:86). Basaglia segue a mesma linha.

Raciocínios de outra ordem, diferente daquela da nosologia associacionista, estão influenciando, pois, as representações ligadas a este tema. Isto vai influir sobre a forma de encarar o diagnóstico. Ao discutir a relevância das codificações internacionais de doenças psiquiátricas⁴⁰, os técnicos de nível universitário entendem que se pode ter uma postura crítica, e até contestadora, desde que se conheça e se tenha incorporado o saber ali contido: “não é que não seja importante conhecer tudo isso”. “Tem que se começar por aí, de algum modo, assim, mas não se prender” (Psicólogo).

O bombardeio ideológico feito, mundialmente, nos anos setenta, sobre os rótulos e as categorias nosológicas deixou marcas que freqüentemente se mostram, de rejeição ao uso estanque e absoluto das nosologias. No sul do Brasil este bombardeio não deixou muitas quebras, com certeza. Os psiquiatras formados em cima dos livros-textos de Arthur Noyes e Lawrence Kolb⁴¹ já tinham uma certa elasticidade quanto aos diagnósticos, por influência da escola de Adolf Meyer, menos rígida do que a de Bleuler. Ele enfatizou o quadro clínico da esquizofrenia, por exemplo, não como uma entidade patológica autônoma, mas como um desajuste logicamente compreensível nos termos das experiências e da história da vida do paciente. Para Meyer, já na primeira metade do século XX, muitos dos sintomas clínicos representam tentativas abortivas de equilíbrio e reconstrução (Kolb, 1976:293). Muito antes

³⁹ “...A experiência e o comportamento classificados de esquizofrêncios são uma estratégia particular, inventada por alguém, para viver uma situação insustentável” (Laing, 1974:85). “Tão impossível é o dilema do esquizofrênico [...] que a única resposta de que é capaz vem a ser aquela convencionalmente considerada como psicótica” (Cooper, ([1967]: 62).

⁴⁰ Corporificadas no CID IX (OMS, 1975), na CID 10 (OMS, 1993) e no DSM IV (APA, 1995).

⁴¹ Conferir em Kolb (1976).

dos debates trazidos pelos movimentos ditos antipsiquiátricos já havia uma tradição enfatizando que o interesse não deveria ser centralizado tanto em um diagnóstico classificatório, quanto nos fatos e fatores atuantes no paciente e em suas características.

“ Eu não olho para uma pessoa e vejo um diagnóstico na minha frente. Eu olho uma **pessoa**” (Psicólogo).

Os códigos internacionais de doenças, caem, então, no seu verdadeiro lugar: eles não são um compêndio de psicopatologia. Ninguém aprende a diagnosticar através deles. Eles são apenas uma convenção, um conjunto de encaixes negociados entre países, escolas, grupos de pesquisadores, nos fóruns de organismos internacionais. São de grande valor, pois permitem uma linguagem comum entre escolas diferentes e permitem uma linguagem simples, aceitável em outros campos, como o jurídico, o da epidemiologia e o da estatística.

“A CID é para ter uma orientação”. “No dia-a-dia, não se utiliza” (Psicólogo).

No dia-a-dia, definir e abordar a doença mental revelam-se como coisas mais complicadas do que fazer classificações. Esta tarefa se impõe a toda a equipe do CAPS, desde os que mais estudaram o assunto, até as funcionárias de menor escolaridade.

“Para mim, a doença mental? A doença mental é a pessoa que tem um distúrbio mental, que tem uma... qualquer coisa de... anormal (Auxiliar de Enfermagem). Ao senso comum, é possível separar a doença da pessoa? Para não persistir numa definição redundante, a auxiliar de enfermagem precisa reportar-se ao conceito de anormalidade.

“Tem qualquer coisa de anormal. Por exemplo, [...] um paciente que nós temos, [...] fala que comprou tudo. Até, um dia ele me contou uma estória, que ele desceu de pára-quedas do avião e o pára-quedas não abriu. E eu assim: ‘-Sim, e daí não te machucaste?’ E ele: ‘-Não, eu morri!’ [Risos]. Eles falam coisas que a gente sabe que não... que eles estão... imaginando, estão fantasiando. A gente percebe. Mas, tem alguns que falam alguma coisa que a gente nem percebe, não é?” (Auxiliar de Enfermagem).

A auxiliar localiza, pois, no âmbito do anormal, as fantasias que as pessoas relatam quando em delírio. Ao dizer “eles falam coisas que a gente sabe que não...”, deixa em elipse que aquelas coisas não aconteceram bem assim. Está contrapondo a realidade ao imaginário do paciente.

Para ela, o imaginário não será negado pelo CAPS, apesar de não ser real. Ele será trabalhado pela conversa, numa noção simples de “talking cure”, de catarse, que ela chama de “desabafar”:

“Eles vêm ao consultório para desabafar um pouco” [...] “Às vezes eles ficam guardando tudo aquilo, aí quando eles vêm num psiquiatra, aqui eles desabafam, ele põem, eles contam, às vezes até choram dentro do consultório. Então eu acho que aquilo ali ajuda. Só o modo de conversar com o psiquiatra já é um tratamento. O psiquiatra está ouvindo e ele está desabafando. Isto aí ajuda bastante a eles. Alguns precisam de medicamento, alguns vêm só para conversar...” (Auxiliar de Enfermagem).

Desabafar, no dicionário, é aliviar, refrescar, desagastar, expandir (o íntimo), livrar-se de um problema ou aflição (Bueno, 1992:338). É chamativo que a funcionária fale da escuta que o terapeuta faz, do quanto isto é importante pra o paciente e de como isto é parte constituinte do tratamento. Ela vai completar a sua concepção de tratamento, em seguida, adendando a terapia ocupacional:

“Ah! O psiquiatra, o psicólogo, encaminham para um terapeuta ocupacional. É, eles [os pacientes] vêm à tarde, e aí o terapeuta no caso [...] fica a tarde toda aqui com a gente, e tudo bem. Eu acho que ajuda bastante” (Auxiliar de Enfermagem).

É sensível, pois, a presença de um discurso influenciado pela noção de escuta, da psicanálise, e pela noção de reabilitação psicossocial.

Diante da dificuldade para definir o que seria “normal”, todos hesitam e tergiversam. Mais do que hesitam e tergiversam para definir doença mental e loucura.

“Doença mental é uma situação em que a pessoa está colocada, em que ela não consegue lidar, não consegue se colocar no mundo de uma forma que ela possa interagir com o mundo de uma forma mais ou menos normal” (Enfermeira).

“A doença mental ocorre na pessoa que tem toda a saúde e de repente perde a cabeça, perde a memória, ou fica com algum problema.” (Agente de Serviços Gerais).

“Doença mental: é nas pessoas que têm algum problema relacionado com a mente, desde uma simplesinha depressão até a dita psicose” (Assistente Social).

Normalidade (“forma de interagir com o mundo”), perda (“da cabeça”, ou de outra coisa) e não conseguir (“lidar”, “se colocar”) são peças fundamentais desta concepção corrente de doença mental, que serve de abrigo aos nomes tomados dos textos médicos (a “simplesinha” *depressão* e a “dita” *psicose*, por exemplo).

“Não podemos quantificar, mensurar essa normalidade” (Psicólogo). Se o normal não está na quantidade, no mensurável, estaria então na qualidade? A questão da quantificação é trazida, no discurso, negativamente, para contrariar uma idéia subjacente de normalidade enquanto conceito estatístico. A qualidade seria, talvez, encontrada através de uma noção não médica, a de *loucura*.

Em meio às reticências para definir a normalidade, surge uma definição de loucura: “loucura é uma doença das relações”. E acrescenta, timidamente: “...também” (Psicólogo). O aditivo frisa o modelo híbrido adotado. É “também” doença das relações, além de ser outras coisas.

Ao dizer-se “doença das relações” não há qualquer expectativa de literalidade em “doença”. Há detecção de problemas nas relações entre pessoas, que definem a loucura. Mas o “também” no fim da frase mostra que este dado é parte de uma concepção mais vasta, onde outras coisas vão se somar. Há, pois, um casamento, ou no mínimo, uma negociação entre o modelo puramente médico, caracterizado pela doença (patologia), modelos sociológicos, modelos comunicacionais, e modelos consensuais populares.

Estaria aí a presença invisível de Sullivan, Bateson ou Laing? Nesta organização, até aqui, a psicanálise não comparece, ou o faz sob ocultação.

Os Nervos e o Equilíbrio

De “uma mulher, por exemplo, que vem para cá, dando crises nervosas, caindo no chão, se contorcendo toda, trancando a língua, ficando roxa,” os familiares dirão “-Ela tem problema de nervos, precisa ser medicada”. Porém, “essa mulher tem uma péssima relação com o marido, que [...] bebe, [...] não a considera enquanto pessoa [...] Ela não tem profissão, não trabalha e ao mesmo tempo não pode sair de casa”. “E a família só sabe dizer: “-Olha! Vai lá, medica!” (Psicólogo).

O discurso dos “*nervos*” é encontrado no dia a dia de quem trabalha com a população brasileira pertencente às classes populares. É discurso comum e arraigado, uma espécie de terceira categoria entre corpo (ou matéria) e mente (ou espírito), a exigir intervenção médica, por ser pretensamente mais física. Os “nervos” como discurso das classes trabalhadoras brasileiras foram objeto de estudo de Duarte (1986). É a sua fisicalidade que choca nosso psicólogo, pois ela nega o psicológico.

A representação das “perturbações dos nervos” lança mão de uma série de metáforas mecânicas e orgânicas. Vai do mais estático (como as noções populares de “sistema nervoso”, “força nervosa”, “energia nervosa”) ao mais dinâmico (como “tensão nervosa” e “excitação nervosa”) e ao disfuncional (como “desequilíbrio nervoso” e “esgotamento nervoso”). Se no século XIX o “nervoso” já teve configuração erudita, quanto mais se aproxima o fim do século XX mais ele parece, aos olhos dos profissionais de Saúde Mental, antiquado, vulgar, impreciso e desgastado. O “nervoso” é substituído oficialmente pelo “psicológico” e pelo “psicossomático”. Porém, o discurso do “nervoso”, em vez de se dissolver ante a ascensão do psicologismo, demonstrou uma imensa capacidade de sobrevivência.

Historicamente o discurso que utiliza a categoria “nervoso” ordena-se a partir do século XVIII, comprometido com as ideologias iluministas. É marcado pela idéia de que cada um tem a sua constituição nervosa, de forma orgânica. É um dos temas do alienismo, ligado a

um contexto onde se falava de evolução das espécies, hereditariedade e higienismo. Englobou, na linguagem popular, as idéias de *neurastenia*, fraqueza nervosa e doença das energias (nervosas). Deu ênfase às qualidades de resistência e força do sistema nervoso e presta-se a ser usado como veículo paramédico de moralização (Duarte, 1986: 68).

Popularmente a palavra nervo tanto pode significar o nervo neuronal, como pode significar tendão, ligamento, e eventualmente, até músculo. O “nervoso” relaciona-se com tecidos e substâncias corporais: tem a ver com força e com fraqueza. Do trabalhador se espera força muscular e sangue forte. De quem quer resolver problemas, espera-se força de memória, ou força mental, e força moral. Todas elas se ligam pela categoria do “nervoso”. Ferro e fósforo, nos biotônicos, teriam efeitos sobre o corpo e a mente. Sua falta geraria, inclusive, fraqueza moral, assim como o vício do álcool pode fazê-lo. O discurso da força articula-se também com exames de sangue, anemia e vitaminas, com desgaste do corpo e com exposições a baixas temperaturas (“friagem”) ou ao sol forte (este último mais comum entre agricultores).

Chamam-nos a atenção, dentro deste tema, as classificações populares usadas no sul do Brasil, de “*esgotado dos nervos*” e de “*descontado das idéias*”, que respectivamente designariam o neurótico e o psicótico⁴². À primeira corresponde uma noção de gasto, diminuição, carência. À segunda, uma noção de exagero, desequilíbrio por excesso. Corresponde aos achados de Duarte (1986:156): o doente mental “tem idéias demais na cabeça” ou pecou por excesso (“foi estudo demais”, por exemplo).

A agente de serviços gerais faz uma via parecida. Imaginando as causas da doença mental como “problemas de negócio e em casa mesmo, de família”, traz a concepção popular do “enfraquecimento” por pensar demais (“é muita coisa pra uma cabeça só”) e aí entra “o stress”. A palavra stress, popularizada pelos meios de comunicação (rádio, televisão e revistas populares) é nosologia que ocupa espaços das semânticas mais antigas, relacionadas ao “nervoso”. Fica subentendido, nesta representação, que o tratamento, além de requerer um remédio para a “perda de memória” e para o “enfraquecimento”, implica no

⁴² Devemos esta observação a Luís Toderati, psiquiatra de Chapecó.

aconselhamento e no disciplinamento das atividades do dia-a-dia, minorando a intensidade e a quantidade dos envolvimento da pessoa.

Os nervos, na linguagem popular, não têm efetivas correlações anatômicas ou fisiológicas, mas são orgânicos, diferentemente das representações baseadas na psicologia. Estes nervos estabelecem nexos com alimentos, com temperaturas, com a exposição ao sol, com outros astros, com espíritos, com orixás e outras coisas mais. Os nervos são entendidos, pois, no imaginário brasileiro, como algo físico a conduzir algo simbólico.

O psicólogo tende a levar a conversa a um nível diferente daquele dos “nervos”. Ele busca apontar, para além do nervosismo, um psíquico imaterial e relacional.

“Que futuro eu tenho?”, “O que vou fazer da minha vida?”, “Não posso sair mas também não queria ficar”, diz a paciente do psicólogo, através do relato do profissional. Ele se pergunta se “quando esta pessoa manifesta toda uma síndrome, todo um conjunto de sintomas [...] ela não está manifestando toda uma situação que está aí, atrás disso? (Psicólogo).

O que está atrás disso, no discurso, está velado. Mas o consenso da equipe faz antever o invisível: a situação que proporciona o aparecimento de um sintoma. “Vai lá, medica” é a expressão de uma demanda de leigos. Mais do que de uma demanda, o terapeuta necessita de ter um sintoma com que trabalhar. E este sintoma necessário é um sintoma no sentido freudiano⁴³, pois pode possibilitar o início de um tratamento individual, personalizado. “É uma pessoa que tem uma queixa, que está te trazendo algo, seja uma problemática, seja pedindo ajuda...” (Psicólogo).

⁴³ Freud ([1893]1990:21-31) critica a aplicação, aos transtornos psíquicos, do modelo de exame usado na neurologia e na psiquiatria, ao criticar o método de Charcot, um “*visuel*”, um homem que vê. A clínica é tirada do âmbito do olhar, por Freud, e colocada no âmbito da escuta. Este salto metodológico para a abordagem dos transtornos psíquicos, permite diferenciar, em psicanálise, o sintoma do sinal. Enquanto este último é visível ao olho, sem maior reflexão, o sintoma é a fachada de algo reprimido. É um substituto de uma satisfação pulsional que permaneceu em estado jacente (Freud, [1926] 1990:112). Falar em sintoma implica em pensar que há algo, não visível ao olho, enigmático, por trás, à busca de interpretação.

A primazia da “pessoa” sobre a doença da qual ela se queixa é representada como uma “visão global do paciente”. A expressão é de um dos médicos, que traz um discurso ancorado na psicossomática e na holística: “É claro que se tu vais dar ênfase a umas questões psicológicas, podes dar tranqüilamente, mas é ênfase”. Questão psicológica e corpo se confundem: “No fundo a gente é corpo e mente e é uma coisa só”. “Esta relação é a gente que faz”. “O teu emocional pode estar afetando uma gastrite” e “uma doença física mexe com o teu psicológico”. O que liga a mente com o corpo, neste discurso, é a noção de “equilíbrio”. É do equilíbrio que resulta a sensação de bem-estar e de saúde.

O modelo hipocrático de medicina, difundido por Galeno, desde a Idade Antiga, fundamenta esta visão. Nas representações utilizadas no cotidiano, tanto de médicos quanto de curandeiros e de populares, este modelo atravessa os séculos, sob várias construções, científicas ou místicas. O protótipo de doença, neste caso, é a antiga melancolia, da tradição hipocrática. Seu conceito tem a capacidade de articular os planos físico e moral. Nele, a presença de um humor (a imaginada bÍlis negra) e de sentimentos melancólicos é concomitante, não se podendo saber se uma coisa é resultado da outra. As faculdades da alma estão presas à compleição humoral do corpo. Se considerarmos os neurotransmissores como sucedâneos modernos da bÍlis negra, é possível que se mantenha, com algumas restaurações, boa parte do edifício clássico, greco-romano, da medicina.

“Para ti estares bem — equilibrado — tens que estar com tua mente e com teu corpo numa coisa equilibrada e saudável” (Médico). É tão intensa esta noção médica de equilíbrio, que, ao ser perguntado sobre doença mental, o Médico entrevistado pediu para falar antes sobre Saúde Mental. O conceito de saúde é basicamente o da Organização Mundial da Saúde⁴⁴, mas frisando a equivalência entre “saudável” e “equilibrado”. É a partir daí, da saúde e do equilíbrio, que, por oposição, define a doença:

“Eu acho que a saúde mental passa por um bem-estar não só físico como psico-social, está entendendo? Não é só a ausência de problemas, é você estar [...] psicologicamente saudável, equilibrado, não é? Você estar em equilíbrio. E a

⁴⁴ Saúde é um estado de perfeito bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças.

doença mental, eu acho que vem a ser um desequilíbrio das funções mentais, que faz com que você, até em sociedade (você individualmente com a sociedade) cometa determinados desequilíbrios, exaltações” (Médico).

Doença é desequilíbrio e desequilíbrios são exaltações. Nada mais clássico e coerente com a tradição hipocrática. O cérebro da Antiguidade poderia se desequilibrar por calor, frio, humidade ou falta de ar. O corpo, regido pela distribuição equilibrada dos humores ou fluídos orgânicos, exprimia temperamentos. Os temperamentos eram coléricos, sangüíneos, melancólicos ou fleumáticos. Ar, água, fogo e terra, por serem securo, humidade, calor e frio, combinavam-se com sangue, fleuma, bÍlis amarela (cole) e bÍlis negra. Na sua fisicalidade, constituÍam o substrato do que hoje chamamos de psicológico e de emocional: o humor. Se os humores estavam bem balanceados, ter-se-ia bom humor. Muitas vezes, sentir, ter o senso dos próprios humores, possibilitaria equilibrá-los. A partir disso foi possível dizer que rir é o melhor remédio. FÍgado desregulado levava ao mau-humor. A bÍlis negra levava à melancolia. Diminuição ou exaltação de elementos ou de humores resultaria em desequilíbrios afetivos, alterações de comportamento, falta de saúde.

O peso das transformações semânticas não apagou a vigência moderna das representações hipocráticas, que talvez falassem dos mesmos assuntos de que falamos hoje, sob a metáfora dos fluídos que se distribuem pelo corpo, ora escasseando, ora se exaltando. Exaltação leva ao problema das medidas, das doses, dos limites. No léxico é excitação das funções orgânicas ou excitação nos sentidos; sobreexcitação do espírito; estado de pessoa irritada. Tem a ver com excessivo, exagerado, fanático, irritável (Bueno, 1992:466). A variabilidade quantitativa dos humores e afetos sempre foi tema clássico e primordial na medicina, passando por Philippe Pinel e Jean Esquirol, para quem a exaltação das paixões foi colocada no centro de toda a psiquiatria.

E equilíbrio, o que seria? “Bem, equilíbrio tem muito a ver com homeostase” (Médico). Ocorre quando tudo está “funcionando adequadamente e integrado. É tipo assim, um carro, o motor do carro: para ele funcionar bem, ele tem que estar (as peças todas têm que estar) no estado [perfeito] para ele ir funcionando bem” (Médico)

O conceito biológico de homeostase busca apoio, neste caso, numa metáfora mecânica novamente, a do automóvel: “o carburador tem que estar limpo”, e “tem que ter óleo, não é? Então, para o ser humano é assim também: as funções têm que estar integradas, em equilíbrio, bem ajustadas em integração uma com a outra” (Médico).

Nesta “forma figurada” (Médico) de falar, deduz-se que as peças mecânicas correspondem às chamadas funções mentais. Porém a doença mental, aos olhos médicos, é resultado de um conjunto de fatores: “tem a parte orgânica, biológica, genética” e tem a “parte social”. É desta última que o médico se aproxima ao trabalhar em contato com a comunidade, no CAPS, segundo o depoimento colhido, sem que sua concepção de doença mental sofresse muitas mudanças quanto ao básico: “mas me aproximou mais, assim, da vertente social”. “Se desequilibra esse aspecto [social], como isso vai mexer contigo como pessoa [...] certamente vai mexer na tua saúde também, seja física ou psíquica” (Médico).

A Medida Prescrita de Bem-Estar Social

Isto leva o médico ao dilema do quanto agir, enquanto técnico e portador de um saber, sobre o mundo social: “como ser político a gente pode estar do lado de pessoas que lutam por melhores condições de vida”. Só que neste caso, estar-se-ia “extrapolando o papel de médico”, para “fazer com que tudo isso se modifique, que a política do governo, que a política econômica não seja tão recessiva” (Médico).

A não assunção clara de uma ideologia de médico como intelectual orgânico ou de vanguarda de lutas sociais evita crises de limites entre o “normal”, enquanto conceito médico, e a medida prescrita de bem-estar social. Por outro lado, a medida prescrita pelo médico, de bem-estar social, diz respeito à qualidade de vida e às condições que previnem doenças. O conceito de normalidade, aí, ampliar-se-ia para além da idéia de equilíbrio orgânico. Porém, a normalidade, no discurso trazido por esta entrevista, é noção médica clássica, e vem marcada pela idéia de equilíbrio. Normal significa equilibrado.

Os discursos consignados ao registro da “normalidade” levam, pois, ao do tratamento. O outro ponto é o do déficit. A doença mental não deixa a pessoa “interagir com o mundo de uma forma mais ou menos normal” (Enfermeira). Nessa “normalidade relativa” (relativa porque é “mais ou menos”) a pessoa enfrenta dificuldades com “as situações da realidade dela, situações de trabalho, de convivência familiar, de inter-relacionamento entre pessoas” (Enfermeira). “A doença mental interfere no funcionamento individual, porque muitas pessoas podem ter um problema”, e, paralelamente ao problema, “elas podem ter um emprego, se a sociedade permitir isso, apesar de estar em tratamento” (Médico). Neste sentido, a doença mental é um problema do paciente: é individual. Mas é também, complementarmente, um conjunto de limitações, algumas, das quais criadas pela sociedade, de forma discriminatória. A sociedade é apresentada como aquela que discrimina, que pode negar o emprego. A reabilitação e a integração encontram, pois, barreiras em áreas que fogem do núcleo mais individual do problema do paciente.

A representação da doença mental, nestes casos, fica num nível de psicologia do consciente, em busca de uma causalidade visível e bem determinada, não muito distante das representações mais populares, como a do depoimento abaixo:

“Ela tinha pegado de zeladora de três apartamentos, ela cuida de uma horta, cuidava do jardim dos apartamentos, da casa, dos filhos: é muita coisa para uma cabeça só. [...] A gente tem medo porque já pode até vir de família, não vem de família isso, ou não? É, não passa pelo sangue. Isso, para mim, vai dos problemas de casa” (Agente de Serviços Gerais).

Mas se há pressões limitantes de fora, parece haver também pressões internas:

“Doença mental é qualquer coisa que comece a dificultar as relações dessa pessoa, que comece a limitar a vida cotidiana, que comece a deteriorar as suas relações” (Psicólogo).

Independentemente da duvidosa questão da etiologia, um dos suportes dos conceitos cotidianos de doença mental é a limitação, o déficit, o deterioro. Não mais o deterioro biológico das velhas psiquiatrias francesa e alemã, de Esquirol e Kalbaum, mas um deterioro

“das relações”. Há uma saída que os profissionais da Saúde Mental encontram, para não enfrentar o desconforto a que a estreiteza do modelo médico leva. E também para evitar as agruras das dificuldades de acesso e do esoterismo trabalhoso da psicanálise. Desenvolve-se, pois, uma representação “funcional”, expressão que buscamos em Morant (1995:45). Nela, a doença mental é inabilidade para realizar ou para funcionar. O central já não está nos sintomas, mas no impacto deles sobre as habilidades pessoais. Doença mental é, então, déficit, disabilidade, incapacidade parcial ou total de funcionamento. Daí a ligação íntima do trabalho do CAPS com a terapia ocupacional e as idéias que levam à busca de definições de integração e de reabilitação psico-social.

A concepção do louco como sendo o cidadão que não teve sucesso numa luta que envolve cotidianamente a todos, leva à postura de defesa dos direitos do louco à integração. Leva também à crítica ao sistema de defesas que a sociedade monta contra o desviante. A doença, ameaça de incapacitação que paira sobre todos os cidadãos, é um rótulo menos estigmatizante, neste aspecto, do que o da loucura. Como reconhece um dos psiquiatras, certos pacientes do CAPS, apesar de estarem em tratamento, podem desempenhar muitas funções “melhor até que outras pessoas ditas como normais”. Contudo, a maioria dos nossos pacientes “não tem uma atividade até por serem rejeitados pela sociedade” (Médico).

O tratamento amplia-se além do núcleo da doença mental em si, compelido por esta visão. As ciências sociais e os humanismos são conclamados a fazer parte do problema que antes era só médico. A medicina, em troca, vai à “sociedade” e ao “humano”. Este jogo não é novo: remonta aos tempos de Pinel. Para além da pessoa libertada dos grilhões da Salpêtrière, está o objeto de um humanismo mais radical e até redundante:

“... Nosso tratamento aqui não é só aquele tratamento estritamente médico, de remédio e psicológico. A gente dá condições para que o paciente se integre na sociedade como pessoa humana realmente, valorizando não só a doença, como as potencialidades que cada um tem, independente de ter um problema ou não. Junto com isso nós trabalhamos a família também [...], nós temos grupos de familiares para que a família entenda melhor o que é um problema mental” (Médico).

Neste discurso os tratamentos “de remédios e psicológicos”, se opõem e são complementados por “integrar na sociedade como pessoa humana realmente”. O autor da elocução define o tratamento como algo amplo, médico, psicológico e social. O tratamento moral da velha psiquiatria era assim também: algo *moral* (agora dizemos *social*) complementava o *físico*. O tratamento não terminava com a purgação ou a sangria e não termina com o remédio ou a psicoterapia de apoio.

A postura não é a de negação do papel de médico, mas a sua reafirmação. Valoriza-se a doença: isto define o lugar do médico. Mas também valorizam-se “as potencialidades”, independentemente de haver doença. Neste caso, a doença parece estar *amenizada* por um modelo não mais puramente médico: ela já pode ser chamada apenas de “problema”. Problema não é só aquilo que é difícil resolver, mas é também uma proposta para que se dê a solução, proposta duvidosa que pode ter muitas soluções (Bueno, 1992:907). “Problema” é palavra *mais* otimista do que “doença”.

O tratamento busca ampliar-se, desdobrando-se num trabalho com famílias. Neste ponto, uma questão educativa é colocada: quer-se que a família venha a entender melhor o que é um problema mental. Há uma pedagogia em elipse.

10. NO CONVÍVIO COM PACIENTES

O Medo e o Surto

A pedagogia e o tratamento moral pressupõem a razão, conceito que é seu motor. Sua falência completa está onde está a ruptura completa com a razão. Este é o momento do “surto”, da crise.

“Eu tinha medo [...] quando ele estava em crise. Eu trancava a porta da cozinha[...] porque ele entrava na cozinha e começava a gritar. E eu ficava com

medo, né? Um homem daqueles... Ele me dá um soco e me amontoa na cozinha. Mas depois fui me acostumando". (Agente de Serviços Gerais)

O auge do medo à loucura está no momento da crise. Naquela hora o paciente não é só estranho: ele é uma ameaça, um perigo. O medo é inversamente proporcional à prática adquirida no convívio, com o trabalho. Assim, a Auxiliar de Enfermagem pode relatar a gradual transformação de seu medo, da época de novata no pronto-socorro de um hospital geral, em outros sentimentos:

"Ataque a gente já viu no hospital". "A gente cria uma frieza [...] fica mais neutra... pra gente... não ficar tão tocada". "Lá vinha de tudo... então a gente já atendia automaticamente, não sei se pelo tempo ou o costume".

Após assumir-se plenamente como profissional, sente-se na obrigação de enquadrar pacientes na norma socialmente aceita, de fazê-los sujeitarem-se a um consenso social, o que chama de "obedecer". O surto é a fase do paciente em que ele não cede, não se submete e gera sensação desagradável no técnico, que descreve esta situação como a parte mais difícil na lida com os psicóticos:

"...eles não obedecem a gente, eles querem fazer alguma coisa errada, a gente chama a atenção eles não aceitam". "Na hora a gente fica meio triste, não é? Não conseguiu... não conseguiu" (Auxiliar de Enfermagem).

Não obedecem, no seu não saber das leis. E levam quem quer que se coloque no lugar de arauto das leis, a uma tristeza derivada da impotência.

A lei que a atendente quer ver obedecida é a consensual. A "coisa errada" que o paciente psicótico quer fazer é o não consensual. Estabelece-se um jogo de poder. A instituição não tem como fazer executarem-se todas as regras consensuais, a menos que apele para a violência.

"Eu conhecia o Manso, nas estradas, mas eu não sabia qual era a doença dele, nada. Depois quando eu comecei a trabalhar aqui é que eu fui me aproximar... cuidando...". "Olhava curiosa, igual aos outros". "Às vezes, até tinha medo". "Muitas

vezes eu encontrava ele de manhã cedo, que eu vinha trabalhar no posto às seis horas da manhã, e a gente já sabia que ele era violento, perigoso... e a gente já virava para o outro lado..." (Auxiliar de Enfermagem).

À medida que o louco das estradas vai se tornando familiar, pelo convívio no CAPS, o medo vai desaparecendo. A cozinheira (Agente de Serviços Gerais) e a atendente, as de menor escolaridade na equipe, são as que mais citaram o medo. Ele é, de forma inequívoca, inversamente proporcional ao tempo de serviço e à formação escolar. Em outras palavras, o medo diminui à medida em que aumenta um saber a que tanto o estudo quanto a prática dão acesso. Assim, os temores que os leigos têm, os membros da equipe, quanto mais experientes são, menos têm. "Uma das primeira [coisas que mudaram ao vir trabalhar no CAPS] é que o medo eu perdi" (Auxiliar de Enfermagem).

A Agente de Serviços Gerais se compara com o que era há dois anos: "a minha cabeça era medo, era medo de doente mental. Agora não, já não tenho mais medo deles".

Um psiquiatra descreve uma crise que atendera em Porto Alegre, há alguns anos, na qual o paciente quebrou todos os móveis de um apartamento. Vê tais situações como trabalhosas, pesadas, cansativas. Mas não descreve medo, como os leigos o fazem. Experiências com surtos graves contendo momentos de forte agitação motora e violência são classificadas pelos médicos como "ricas", que "dão experiência". Nunca são descritas, porém, como momentos de empatia. Tais crises são a "dificuldade prática", o lado "incômodo" do trabalho dos médicos:

"É ... crise de agitação, de agressividade! Já houve um caso de espancamento aqui dentro. Um paciente espancou o outro. Então, para os profissionais... Não estou aqui em dois turnos. O outro psiquiatra também, ele tem a mesma carga horária que eu. Então o pessoal da equipe acaba se angustiando muito com isso. Eu tenho a sorte de trabalhar também aqui perto, no outro posto de saúde e volta e meia ocorre algum problema e eles vão lá, ou ligam para o meu telefone celular. Me chamam dizendo: "Oh, doutor João, aqui tá um pânico, aqui o paciente tá agressivo". Não é comum, mas acontece, não é?" (Médico).

Na medida em que o trabalho foi se implantando e crescendo, a frequência de tais crises parece ter aumentado, na proporção do aumento da clientela e de sua intimidade com o serviço:

“Aconteceu de já passar um grande momento sem ter nada. Mas agora, nos últimos meses... vamos dizer que seria uma vez por mês;[...] Pela própria continuidade do serviço o trabalho já se embasou” (Médico).

Em vez do medo que gera necessidade de fuga, apresenta uma preocupação realista, que gera auto-proteção. Proteção que é, contudo, sempre duvidosa.

“Então isto [a presença de crises de violência] já está acontecendo com maior frequência e a equipe acaba se angustiando, porque alguns profissionais também são às vezes ofendidos por um paciente. E mesmo você sabendo que é um profissional e que ele é um doente [...] até que ponto a tua integridade física também não está sendo ameaçada? E está, não é? Inegavelmente! Eu posso ser médico mas eu tenho que ter o cuidado quando eu vou entrevistar um paciente, porque numa crise psicótica o paciente perde a referência” (Médico).

Surto, crise de agitação, crise violenta, são usados quase como sinônimos pela equipe. O surto margeia as fronteiras da empatia e da compreensão. Nos seus momentos de violência ultrapassa estas fronteiras. É aí que desaparece a possibilidade de colocar-se no lugar do paciente. Ele é trabalhoso, causa problemas, altera a rotina do serviço, escancara a impotência dos técnicos: as semelhanças diminuem, as diferenças aumentam. É no campo das diferenças, do estranho, da “*otherness*”, que prosperam o medo da agressividade e a sensação de ameaça implícita. É aí também que se nutre a sensação de não poder penetrar no problema, de não poder agir pelos meios pacíficos do tratamento, ou seja, pelos grupos, pelas atividades, pela conversa.

Se a crise é “rica” é porque traz a possibilidade de reflexão, de reavaliação da conduta profissional. Traspassá-la, dar alguma forma de solução a ela, é um ato profissional específico do trabalhador em Saúde Mental. Implica num saber adquirido por erros e acertos e por meditações sobre tais erros e acertos.

O surto é o que parece separar a pessoa de si e da razão: “quando eu estava mal eu ficava fora de mim, então variava das idéias” (Paciente do CAPS). Mas para os profissionais, é o que separa o paciente dócil do agitado, o cordato do incontrolável.

O tema do surto remete imediatamente a duas questões: a da emergência e a da hospitalização. É interessante que ambas são questões médicas. O imaginário sobre a contenção da crise ocorre num cenário médico. A equipe toca para o celular do médico e ele se sente conclamado à ação. Tudo acontece em poucos minutos: um atraso poderá deixar feridos, quebras ou mágoas.

A clínica da crise de violência é clínica médica: o raciocínio é montado a partir de um golpe de vista, ou de descrição verbal do que foi visto. E o olho clínico vai determinar a necessária velocidade da ação. Há sinais, visíveis ao observador bem treinado, como aqueles com que Charcot trabalhava. Não há, na imediatez da ação, lugar para pensar em sintomas no sentido definido por Freud. O sinal se vê. O sintoma precisa de relato, de alguém que fala e alguém que se dispõe a escutar. Na pressa, vale a clínica do olhar. A clínica médica, na especialidade psiquiátrica.

Aqui aparece um dos nós da estrutura dos CAPS. Como fazer para que eles sejam mais do que ambulatórios, para que sejam espaços capazes de atender emergências? Uma urgência mais simples, como uma crise histérica já tem no CAPS seu espaço, um espaço onde se pode até “espernear”, agitar as pernas impacientemente:

Para as “senhoras neuróticas, aqui é o lugar onde elas podem espernear”. “Além das atividades que elas têm para fazer, e das amigas que elas fazem aqui dentro, aqui elas esperneiam, elas gritam, elas têm essa liberdade, e recebem uma certa atenção” (Assistente Social).

A tolerância aos atos dos psicóticos em surto é outra, às vezes forçada e dolorida:

“A gente até tenta, às vezes, ficar com o paciente aqui, em surto, até um mês, como já aconteceu, enfrentando uma série de problemas, que é a questão da agressividade, a questão de não se engajar em grupo nenhum, não participar das atividades” (Psicólogo).

“Então esta questão prática, de crises aqui dentro, de agitação, isso tem trazido uma dificuldade um pouco maior para o serviço até porque aqui não é, assim, um serviço de emergência e não é também suporte para uma crise. Aqui a gente está procurando integrar o paciente com a comunidade, mas como faz parte também do nosso trabalho...” (Médico).

Parece que o CAPS não terá melhor saída, diante da questão da emergência, do que assumir para si este papel.

A vivência dos momentos de crise dá um amadurecimento à equipe. Possibilita-lhe não ficar presa a idealizações que a paralisem diante do ato agressivo, ou que a deixem ambivalente e culpada de agir.

“Existem aí serviços mais radicais que dizem assim: “ - Olha, medicação, eu acho que não é por aí!”. Se a gente percebe que o paciente precisa de uma medicação a gente vai orientar, vai acompanhar, ele vai tomar a medicação. Os médicos que receitam são conscientes do que estão receitando, por quê estão receitando, se precisa parar, se precisa continuar” (Psicólogo).

Mas nem sempre o remédio alivia a agitação do surto. A equipe sente que precisa colocar limites nos atos pelos quais o paciente, cego pela certeza paranóica e pela angústia, precisará pagar futuramente, de forma doída, ou precisará contar com outros para pagarem por ele.

“A gente procura evitar que isso aconteça. Quando há necessidade a gente até encaminha para a internação. Imagina, se o paciente às vezes perde o suporte aqui dentro, imagina na família, não é? É bem mais difícil segurar. Então, quando isso acontece de o paciente já não estar bem, quando está bem agressivo com a equipe, então isso é um indicativo de que, quem sabe, é necessária uma internação para ele ter aquela contenção do hospital, ser revista a medicação... enfim, para esbater o surto” (Médico).

A palavra esbater, comum nos meios psiquiátricos, no léxico é “atenuar”, mas é também “espalhar tintas, cores; matizar; graduar nuance” (Bueno, 1992:431). Metáfora coerente, pois,

com a noção clássica de graduar as exaltações, dar o tom às paixões, dar medidas, equilibrar, balancear os humores.

O internamento no hospital psiquiátrico “é uma opção que deve ser utilizada quando não existem mais condições de suportar um surto aqui no serviço” (Psicólogo). Eis aí a opção pelo estilo de trabalho do CAPS de Cocal do Sul.

Ao mundo do consensual, agressão e sexo são componentes da crise de loucura. O surto afeta a agressividade e a sexualidade de forma mais chocante do que o esbanjar dinheiro, a errância e a falta de higiene.

Na maioria da vezes, os relatos da equipe dão conta da agressividade, do risco de o paciente ferir a si e a terceiros. Profissionais de nível superior que trabalham no CAPS não falam de questões da sexualidade dos pacientes com espanto, horror ou demonstração de curiosidade. O contrário ocorre entre pessoas que não participam diretamente do cotidiano do CAPS, como os funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, familiares de pacientes e populares em geral.

Muitas vezes agressividade e sexualidade aparecem entrelaçadas.

A única agressão que sofrera de um paciente fora simples, e hoje causa até risos à Auxiliar de Enfermagem:

“[Ele me] deu uma cuspidá”. “Deu uma cuspidá, assim, daquelas bem... Ele cismou que eu chamei ele de Mansa, né. Ele achou que eu estava mexendo com a masculinidade dele. E na verdade eu não chamei, nem falei nada disso” (Auxiliar de Enfermagem).

Cismar é verbo popular e comum no Sul do Brasil: é devaneio, receio, desconfiança, dissidência de opiniões, ficar absorto em pensamentos (Bueno, 1992:264). Define pensamentos obsessivos ou teimosos, resistentes à argumentação em contrário, como os que ocorrem nos delírios paranóicos. O cisma divide. O cismarento afasta-se do pensamento dos outros, da interpretação compartilhada e comum. No ato de cismar, separa-se do normal. A diferença se instala. A possibilidade de continuação do raciocínio compartilhado entre duas pessoas

desaparece. Não há comunhão: há dissidência, há outra coisa colocada, que Morant (1995:46) chamou de “otherness” (em língua inglesa, substantivo abstrato denotando qualidade ou estado do que é outro).

O surto pode trazer atos declarados de escândalo público. Tão assustadores quanto os atos qualificados como “tara” ou como “sem-vergonha”. São os atos que embaralham as normas, mancham os limites das regras de conduta sociais e confundem papéis. Lembremos que a lei italiana anterior à de número 180, definia o louco como aquele que é “perigoso a si e aos outros e de público escândalo”.

“No grupo de mães, elas me colocavam assim: - Ah, mas precisa ver o que ele fez! Precisa ver o que faz! Ele desce as calças, como é que para isso ele não é louco?” (Encarregada da Promoção Social da Prefeitura).

Se o modelo médico, de doença, é complacente demais para ser aceito pela população numa circunstância destas, o de loucura também o é: desresponsabiliza, pois nele o louco é alienado, não sabe bem o que faz. A busca de responsabilização e de culpabilização parecem ser o conteúdo da pergunta “como é que para isso ele não é louco?”. Neste momento o que se coloca é o conflito entre louco (ou doente mental) e imoral (ou “sem-vergonha”).

“Ele entrava no banheiro das meninas [no colégio]”. “O pessoal enticava, depois ele entrava em crise. Ele se veste de travesti, ele põe uma tiara. Ele levanta a roupa, e aí as crianças enticam. E a forma de ele agredir as crianças é descer as calças, e aí o pessoal fica bravo e tal” (Encarregada da Ação Social da Prefeitura).

Não diferenciar o masculino do feminino, o que deve ser resguardado do que não necessita de discrição, causa não apenas um escândalo, mas um mal-estar interno indizível, a quem presencia a cena. Ou os presentes usam o artifício do rir e zombar ou o de enticar⁴⁵ e agredir. A não-familiaridade com o quadro sexual ambíguo, indefinido e surpreendente leva à sua marginalização. Os atos excêntricos e contestadores da moral são repudiados e reprimidos pela comunidade e por seus poderes legais.

⁴⁵ Provocar, brigar.

“A gente procura muito afastar a polícia do CAPS, porque [...] a polícia é repressora” (Secretária Municipal de Saúde).

“É toda uma pressão a nível de juiz aqui da comarca...” (Encarregada da Ação Social da Prefeitura).

Assim, nesta representação, a loucura mantém sua feição de coisa não-familiar, marginal, assustadora, agressiva, sexualmente imprevisível, reprimível, zombável. E por estas qualidades é reconhecida.

Há, pois momentos de choque entre a concepção dos técnicos e a dos leigos. Se a noção de loucura é diferente, a de normalidade e a de o que fazer com a loucura também o serão.

“Definir o que é normal é muito difícil. Eu também fico imaginando, sabe... um louco desses aqui do município, que fica aí vagando, merece um tratamento humanitário. E quando não tem é visto como louco, como dissidente, como o que saiu fora das normas... é taxado de tudo quanto é tipo de coisas, de tarado, de bêbado, que ataca mulheres, que não sei o quê” (Psicólogo).

Como nos tempos de Pinel, o discurso humanista é motor da atividade psiquiátrica. Alguém tão sozinho, abandonado e desprezado também merece tratamento humanitário. Na falta do tratamento falta também compreensão e aceitação. Revoltar-se contra estas faltas pode, talvez, ser a normalidade:

“E quando esse cara se rebela contra tudo isso, de surto, entre aspas aí, ele é louco, não é? E aí eu fico me perguntando o que é loucura nesse entremeio todo. É isso que é loucura... ou é isso que é normalidade?” (Psicólogo).

No cotidiano do serviço do CAPS, os atos rebeldes e violentos, cometidos durante surtos, são sentidos pelos técnicos como refratários à empatia e à solidariedade. São administrados na ordem médica, como demanda de contenção, apesar das constantes tentativas de dilatar a tolerância ao máximo. Porém, através deste exercício racional, a posteriori, embasado no humanismo, o profissional consegue a transmutação empática: consegue

imaginar-se no lugar do paciente em crise e colocar-se como seu porta-voz. O idealismo humanista é a pedra filosofal que faz desaparecerem as qualidades elementais específicas da loucura. De sua perspectiva, pode-se ver as semelhanças entre o louco e o não louco, de modo que qualquer um pode ficar louco e qualquer louco pode ser são. Um pode ocupar o lugar do outro. Este contínuo que se estabelece entre sanidade e loucura dissolve, temporariamente, limites entre o que é normal e o que é anormal. Se forças providas de um afã humanista, nos moldes do Iluminismo, derrubam a norma, esta norma fica disponível para ser entendida como convenção social e política. Daí a facilidade com que se pode etiquetá-la como “desumana”, “opressora”, “fascista”, “totalitária”.

“[Na reunião de mães] eu disse assim: - Olha, se fosse comigo, eu faria exatamente o que ele faz, porque é a única forma que ele tem de agredi-lo. Ele sabe que isso irrita as pessoas, ele sabe que não vai partir para cima, de socos. Agora, se você chama ele de maricas, de não sei o que, e tal, o que é que ele faz? Ele pega e desce as calças que é uma forma de agredir. Qual é a forma que eu tenho de agredir? É essa, a que irrita mais as pessoas” (Encarregada da Promoção Social da Prefeitura).

Neste caso o “surto” é visto como rebelião às agressões, aos sitiamentos da sociedade sobre seu inimigo quase indefeso. É arrancada, impulso e investida para fora do cerco. A noção de surto, entendida a partir do dicionário, está conforme para com a representação.

Vínculos e Errância

Fora do surto, os psicóticos têm uma ligação peculiar com o CAPS e com a comunidade. Sua adesão ao tratamento contrasta com a dos neuróticos, que vêm voluntariamente e buscam no serviço solução para seus problemas. O vínculo do psicótico crônico, fora do surto, com o serviço, foi descrito assim, pela assistente social:

“Eles vêm aqui, mas da maneira deles. Vem de manhã, tomam um cafezinho, fumam um cigarrinho ali na frente, contam umas histórias e...- ‘Estou indo! Daqui a pouco eu volto aí’...Daqui a pouco voltam”. “Na verdade eles não ficam trabalhando

como os outros. Eles vêm da maneira deles”. “Sempre perguntando se tem o que fazer. Outros dão desculpas para não vir: ‘-Olha, quando está frio não esperem por mim, porque eu não apareço, eu vou ficar na cama porque é melhor’. Se perguntarmos porque não veio ontem, um poderá dizer: ‘Ah, não! Aquela chuva. Fiquei em baixo das cobertas!’...” (Assistente Social).

A dificuldade de os psicóticos assumirem as tarefas propostas pela equipe terapêutica, em grupo ou individualmente, leva os profissionais a sacudir sua noção de tempo. A sua noção de tolerância, em relação ao não obedecimento de regras, é repassada à filiação, sempre incompleta, do psicótico, a projetos combináveis. Os profissionais obrigam-se, pois, a transigir e a ter indulgência para com a dificuldade do paciente em planejar, aceitar e cumprir projetos comuns, grupais, bem como em aceitar as responsabilidades deles decorrentes.

Apesar deste aparente descompromisso e dessa falta de obrigatoriedade (até porque o ambiente se propõe a não ser repressivo), os psicóticos criam um gancho com a instituição. Prendem-se, de alguma forma, voluntariamente, “da maneira deles”, a um simbólico estruturado pela sociedade. É justamente nesta tolerância, vista como renúncia ao controle absoluto e à normatização, que reside o segredo do sucesso do vínculo terapêutico institucional. Por isso o CAPS, como diz a assistente social, “com certeza é um ponto de referência deles”. Apesar de não ficarem o tempo todo na instituição, de serem livres para ir e vir durante o dia, a vida deles, de certa forma, passa pela CAPS:

“Sempre estão por aqui. Qualquer coisa que acontece, vêm contar para a gente, e a gente consegue, assim, fazer com que eles passem sempre por aqui” (Assistente Social).

Existem aqueles psicóticos mais protegidos pelas suas famílias, e aqueles completamente abandonados. Existem os usuários regulares do CAPS, os frequentadores eventuais, os que só aparecem quando trazidos, em crise, e os que não frequentam. Alguns buscam o isolamento e cultivam o seu abandono. Outros pedem, através do CAPS, um contato maior com as pessoas:

“Os caras pedem. Tem um que vem cá: ‘- A minha família me abandonou, não tenho para onde ir, me construíram uma casinha no meio do mato, lá. Nunca passam lá, estou sozinho lá dentro. Pelo menos eu venho prá cá, tem enfermeira que conversa comigo, tem os outros pacientes, tenho comida na hora, não preciso eu ficar fazendo a minha comida todos os dias, sabe?’” (Médico).

“Julinho é do centro da cidade, só que a família cuida mais, tenta proteger, mas anda pela rua. Tem Alma, que de vez em quando usa droga, já foi presa, a polícia pegou com droga, maconha. Tem um que fica caminhando, que não veio ao CAPS, não sei se tu viste”. Este não frequenta o CAPS: “ele fica caminhando pela estrada, para cima, para baixo, andando entre os carros. Entra no posto de gasolina, eles mandam ele embora...” (Médico).

Neste pequeno cosmos urbano, os psicóticos são figuras vistas transitando, circulando pelas ruas, aqui e ali. Transmitem a sensação de um zigue-zague nômade e incerto.

“ Eu conhecia o Manso, nas estradas...” . “...Às seis horas da manhã...”. “Via ele cantando. Cantava alto” (Auxiliar de Enfermagem).

Não é só o corpo que perambula. É também a voz, que penetra nos espaços não convencionais. É o canto alto misturando-se ao escuro e à geada do frio alvorecer do Brasil meridional, enquanto a maioria das pessoas está sob os cobertores.

Cometas da cidadezinha, têm uma órbita não redonda, maior ou menor, pelas estradinhas da zona rural e pelas rodovias do município.

O errante, aqui, não é um mendigo: é um louco. Não erra só na história, por ser sem-terra e sem-teto, por ser um problema social. Erra na geografia, porque erra nas estradas. Erra na psicologia, porque as estradas são as da mente. Seu errar não é do erro como engano, desacerto, falsidade, incorreção. É o de desviar, afastar-se do caminho, vaguear, andar ao acaso, boiar sem direção, caminhar sem destino. Em língua alemã se diz *irre* para o louco.

Vagar, estar errante é coisa de louco. Há uma raiz indo-européia comum⁴⁶ para o *irre*, o louco em alemão, e os nossos dois verbos *errar*, em português.

Estes errantes não se enquadram no anonimato de alguém desconhecido, e nem se confundem com a previsibilidade dos conhecidos. Se a cidade é uma máquina social montada com peças devidamente engrenadas e conhecidas, os loucos errantes são peças sobressalentes, presas à máquina de forma móvel, sem que se saiba para que servem. Estão no cenário da cidade pequena como algo que circula. Mas não se pode dizer deles: - “É o senhor Fulano, indo a tal lugar, para fazer tal coisa”, ou “-É um desconhecido que deve estar indo a algum lugar para fazer alguma coisa ignorada por nós”. O louco não vai a lugar algum e não tem nada relevante a fazer. Ele apenas vai, vagueia, perambula, está por aí, passa como um cometa e volta dali a pouco ou dali a muito. Sem vínculo laborativo, vagabundeia. Cismado, está absorto. Errático está vagando. No seu cismar errático, trata a cidade como um vazio. Seus olhos passam por ela sem vê-la, a não ser, “da sua maneira” própria. Observando-o, os cidadãos dão-se conta de que a sua cidade também pode ser vista como uma máquina sem finalidade, sem ordem e sem progresso. O sentido de sua existência, que parecia tão óbvio, é contestado por um indizível vazio. Basta tocar no sentimento do cidadão que o errante correrá o risco de ser visto como errado. Errado: algo perto do desviado, transviado, veado, transexuado.

O errante passa pelo hospital psiquiátrico como passa por outros lugares, pela umbanda, pela igreja pentecostal. São as instituições que se contrapõem à rua. Elas são os lugares de tratamento, de cuidado, que funcionam temporariamente e não têm sucesso para prolongar seus efeitos na rua:

“Então tem aqueles pacientes que tu acabas lembrando claramente: sai do hospital, está bem, está nutrido, gordinho. Fica, consegue ficar uns tempos na rua, quando volta para o hospital está magro, sujo, descuidado pela família” (Médico).

⁴⁶ Ficamos gratos ao lingüista Markus Johannes Weininger, que nos fez esta observação etimológica.

Esta rua capaz de abrigar o paciente que está bem e está nutrido vislumbra-se como espaço de liberdade, lugar a ser usufruído por aquele que saiu do hospital fechado: realização simultânea da utopia antimanicomial e do ideal médico. Situação transitória, cujo encurtamento e pequenez no tempo são atribuídos parcialmente ao descuido da família. E logo voltará ao técnico a sensação de impotência diante do problema. Se o psicótico está passando mal, sujo e magro, a sua rua não é mais local de liberdade. Ela vira palco de sofrimento psíquico:

“A gente via um deles na rua, mal, dava pena, a gente [ficava] a ponto de não saber o que fazer” (Auxiliar de Enfermagem).

O errante, em seu destino incerto, ameaça chegar-se à casa do não-errante, misturar sua errância com a família e a propriedade do que é estabelecido, do que é fixo:

“Dizem que ele começa ir à casa da gente, depois não para mais”. “...Porque ele é muito curioso, ele pergunta onde é que eu moro, quantos filhos, como é o nome do meu marido, mas eu... no começo eu não dizia onde é que eu morava. Eu dizia o lugar errado porque dizem que ele batia na casa da gente. Mas um dia nós fomos de kombi e ele estava junto, foram levar ele ao dentista e eu fui de carona. E ele viu onde é que eu moro. Mas ele não foi lá em casa, não[...] O Gico também, quando ele entra em crise...” (Agente de Serviços Gerais).

Já na descrição da montagem inicial do projeto do CAPS o psicólogo destaca o doente louco que circula pelas vias:

“Até então não se sabia quem era doente mental a não ser os mais visíveis, como aquele de quem eu te falei hoje, que anda perambulando pelo município, que assusta todo o mundo” (Psicólogo).

Este perambular, pela geografia da unidade política básica, reaparece ao se falar da instituição de um tratamento público:

“...um louco desses, aqui do município, que fica aí vagando... que merece um tratamento humanitário...” (Psicólogo).

Instituição e Absorção

É na instituição política, na Secretaria Municipal da Saúde que se faz sentir mais forte a decisão política de ir às ruas em busca dos vageantes, aprender a manejá-los e socializá-los em outros moldes, outras normas:

“Às vezes eu acho que poderia ser feito um pouco mais. Não sei... Fazer acompanhamento... O que a gente vê é que se o município não se organiza para ter um serviço de Saúde Mental, assim, estruturado e que dê um acompanhamento, ele nunca vai ter uma resposta satisfatória desses casos que ele tem” (Secretária Municipal de Saúde).

A secretária, que é enfermeira, queixa-se da falta de supervisão do Estado ou de entidades que pudessem passar informações. Lamenta a inexistência de fórmulas prontas para promover o que chama de *trabalho comunitário*. Localiza certas “dificuldades” nos profissionais, “talvez por sua pouca experiência”:

“...é difícil para eles, por exemplo, fazer a readaptação social de alguns pacientes”. “E às vezes nós aqui nos questionamos se realmente a equipe está conseguindo entender qual é o seu trabalho,...se não poderia fazer mais do que faz com esse recurso humano que a gente já tem, porque é uma equipe que seria até para uma população maior...”. “Nós aqui da secretaria achamos que [a equipe] poderia sair um pouco mais para a comunidade, mas ainda está meio amarrada... nessa parte do atendimento só lá dentro” (Secretária Municipal de Saúde).

Prega um modelo de ressocialização como meta política para os municípios, através do SUS, que já estaria consubstanciado num discurso velho, mas pouco executado:

“Eu acho que isso que a gente está fazendo hoje até não é novo. O que falta é pôr em prática, porque essa parte ambulatorial, de acompanhar o paciente, de ressocializar, isso a gente aprende desde as teorias da faculdade” (Secretária Municipal de Saúde).

As dúvidas sobre como resolver o problema dos loucos soltos pelas ruas são enormes e os discursos são ambíguos, hesitantes e tergiversadores. Opõem o ideal da “ressocialização” à “internação hospitalar” e clamam por uma “conscientização” das famílias nas áreas sobre as quais o sistema de Saúde não pode agir:

“Acho que a família ainda valoriza a internação hospitalar porque é um meio de se livrar do paciente. Eu acho que, ali, ainda tem que se fazer um trabalho, assim, maior, de conscientização” (Secretária Municipal de Saúde).

De fato, é grande o esforço da equipe nesta tentativa de conscientização:

“Aqui tu atendes, chamas a família. De certa maneira tu cobras um pouco mais da família uma participação[...]. Em alguns casos tu chamas a família e aí ela te dá mil e uma desculpas por não conseguir dar uma boa atenção:

‘-Ah, porque o paciente não toma o remédio’.

‘- Sim..Mas não toma remédio? Como é que aqui ele toma?’

‘- Ah, mas em casa ele agride, não aceita, e foge, e bate, e morde e faz tudo isso’.

Então, é que na verdade a coisa vai muito mais pro lado social” (Médico)

“Acaba vindo problema social, tudo à tona. Tem família, até, que tem uma estrutura mais bem montada, uma condição financeira, até mantém bem o paciente em casa” (Médico).

O “social” é aquele terreno onde o psicológico já não explica, onde o poder do técnico em Saúde Mental já não voga, onde o técnico sabe que a Secretaria da Saúde não tem jurisdição. Eis o exemplo prático, de uma psicótica que bebe, em duas versões:

“A gente tem dificuldade até para trabalhar dentro do alcoolismo. É uma pessoa que interna e daí o serviço tenta fazer um acompanhamento junto da família. Mas é...uma moça, né? E essa moça mora numa família muito pobre e não tem,

acho, o apoio suficiente da família, e também se prostitui por que a própria comunidade, por onde ela vai, oferece álcool. Capacitação eles [da equipe] têm. O que eles nos trazem é que têm algumas dificuldades, que precisariam de um treinamento maior, para manejar um paciente assim..." (Secretária Municipal de Saúde).

Nesta versão a psicose está oculta. A promiscuidade sexual e o alcoolismo são guindados ao centro do problema. As dificuldades são atribuídas à equipe, que, uma vez melhor "treinada" conseguiria manejar a paciente, impedindo-a de beber e de prostituir-se. A outra versão compara uma outra paciente, mais disciplinada, a esta. Ambas são psicóticas, mas uma delas bebe e se prostitui. Além da doença mental, tem problemas sociais e familiares que compõem um contexto desalentador, rebelde ao controle social:

"Daqui do CAPS eu internei uma vez uma paciente psicótica, com distúrbio afetivo. Foi para o hospital porque a família não conseguia manter ela aqui. Foi para o hospital, melhorou e voltou, está na comunidade há um ano, ou dois anos. Faz tratamento, vem, participa. Digamos, aproveita realmente o serviço. Essa outra paciente que eu te disse, eu dou alta para ela, dois dias depois ela está na rua. Bebe, está suja, pegam ela, é violentada, estuprada, fazem de tudo com ela. Aí, volta, vai para o hospital, não internam, mandam para cá. Aí fica. Tu resistes à internação e fica, e fica na rua. Daqui a pouco começa a prefeitura a ligar para cá. O secretário liga para cá: '- Olha, ela está na rua, não sei o que, tá assim, a comunidade está falando, os vizinhos estão falando!'. Aí vai para o hospital do Rio Maina, não tanto pelo aspecto psicótico, e sim por estar na rua, por estar suja, beber, estar desassistida, estar violentada na rua. Acaba sendo muito mais social" (Médico).

Na comparação das duas paciente que o médico faz, vê-se a paciente que segue as regras do tratamento e a que mostra o furo do serviço. Furo que é mais aceitável ao médico do que à secretária da Saúde, num reconhecimento que ele faz às suas limitações.

O médico relata seu diálogo com a mãe de um psicótico, uma senhora de mais de setenta anos, cujos outros filhos não assumem os cuidados. Ela diz, sobre a sua morte:

“ - A minha idéia é que o dia em que eu morrer, ele morre junto” (Mãe, no relato de Médico).

Comenta-nos o médico: “Então já sabe que [o filho] vai ser uma pessoa que vai ficar pela rua. Jogado, abandonado pela família, um chutando para o outro” (Médico).

O médico vislumbra, com a possibilidade da morte da mãe, o abandono do paciente “pelas ruas”. Porém a errância, o vagar cotidianamente, este paciente já tem. Foi alvo de um esforço coletivo da prefeitura. Não é um mendigo e habita casa própria no centro da cidade. Então, “ficar pela rua”, neste discurso, é não ter família. Para o psiquiatra a errância é mais tolerável do que a falta de uma referência familiar, a falta de um ponto de ancoragem em instituição doméstica, que não “chute” a pessoa, que não evite a adesão.

“Nas comunidades, no grupos de mães, a gente ia, falava da questão. Fomos nos bares também, pedimos para o pessoal respeitar e aí a gente começou a fazer um trabalho” (Encarregada da Promoção Social da Prefeitura).

O vice-prefeito deu-lhe um serviço de office-boy, numa visível tentativa de dar sentido ao seu caminhar, com alguns resultados:

“Ele vem lá de cima, vem pegar [papéis], tirar cópias, sabe. Ajudou a fazer mudança... Eu ficava super-assustada, não é? ...Até que tipo de limite pode-se utilizar com ele? “ (Encarregada da Promoção Social).

“Hoje ele já circula livremente aqui dentro” (Secretária Municipal de Saúde).

Na medida em que a familiaridade com este paciente aumenta, deslocam-se as atenções para um outro paciente da rua. O office-boy é o “nosso” louco: “o Manso é daqui da comunidade” (Encarregada da Promoção Social). O “outro” louco é um novo, atraído pelo CAPS, vindo do município vizinho: “É mais um problema sério. Vem de Criciúma, vem de outra cultura, de outra situação”. “Eu acho que a equipe não se sente muito no compromisso porque ele não é daqui” (Encarregada da Promoção Social).

Este andarilho novato, que veio desde Criciúma, pelas estradas, e parou na porta do CAPS, aguça as imaginações dentro da Secretaria Municipal da Saúde, estendendo-as até a equipe:

“É, esse eles ainda acham que não sabem como manejar (Secretária Municipal de Saúde).

A palavra manejar é bastante usada em psiquiatria e enfermagem. Verbo transitivo, significa mover com as mãos, executar ou governar com as mãos. Em sentido figurado é administrar, dirigir. Intransitivo, é trabalhar o cavalo com as mãos, em exercício de equitação. Relacionado a pacientes, dá-lhes um certo sentido de objeto ou animal a ser segurado e manuseado da forma correta. É possível que manejar um paciente seja administrar uma relação, com ele, que não implique em subjetividade.

“ É ex-drogado, usuário de drogas” (Secretária Municipal de Saúde).

O perigo é o desconhecido e traz consigo os vícios da cidade maior. O estranho é uma ameaça e pode ser como uma fruta podre no meio de outras: pode agredir e estragar o ambiente.

“Uma pessoa que é usuária de drogas, ela tem um comportamento diferente, não é? Então, este é um pedido do secretário de Criciúma, que a gente faça atendimento aqui. Mas ele não segue muito as regras que os profissionais do serviço fazem. Ele não participa direito dos grupos [...]. Um moço alto... então ele estava causando problema, agredindo uns que freqüentavam nosso CAPS e que já começaram a ter um comportamento diferente no grupo. Pacientes que nunca tiveram crise lá dentro do serviço começaram a ter. E a gente começou a achar que era por causa desse outro[...]. Agrediu pacientes e agrediu, com palavras, funcionários. A gente chamou os pais para prevenir de que se ele não entrasse dentro do serviço como a gente gostaria que fosse, que a gente teria que desligar ele do serviço porque já nem é do nosso município, não é?[...] Teve uma internação. [...] Agora ele está mais comportado” (Secretária Municipal de Saúde).

A não-familiaridade abre possibilidade para o uso de pulso firme, mas traz representações sociais típicas dos leigos, buscando responsabilizar de forma culpabilizadora: o mal é feito “de propósito”, por má intenção, e gera repúdio.

“Mas parecia assim, de propósito, não tem? Ele saía, ia para bar, essas coisas, e é difícil a gente se responsabilizar com uma pessoa desse tipo né? Não sei se a gente vai ficar muito tempo com ele, nós estamos doidos que Criciúma se organize para devolver ele” (Secretária Municipal de Saúde).

Para o “nosso” louco diz-se que a comunidade “oferece” bebida alcoólica. o “outro” a procura por conta própria, “de propósito”. Há aí um contraste com o discurso do “não oferecer álcool, respeitar como pessoa” e “fazer um trabalho na comunidade, até no bares” (Encarregada da Promoção Social). Quanto mais o louco é “nosso” e não um “outro”, maior o sentido de necessidade de integrar na comunidade e de criar regras especiais, para a comunidade inclusive, no sentido da absorção. Quanto mais ele é não-familiar, maior o senso de rechaço e o desejo de devolvê-lo ao seu local de origem. Ao “nosso” a sociedade tem uma proposta antropofágica. Ao “outro”, antropeômica.

Ou Tratar, ou Conviver, ou Ambos

A assistente social descreve sua concepção de tratamento como uma relação forte de convivência entre a equipe e o paciente. Para ela, contrastaria com a do pessoal que trabalha também em hospitais psiquiátricos, ou seja, o terapeuta ocupacional e os médicos:

“E eu noto que minha formação tem tudo a ver com esse meu modo diferente de pensar, mesmo porque eu nunca cheguei a entrar num hospital, para ter outro tipo de visão”. “Por exemplo, eu acho que a gente tem que estar junto com os pacientes, trabalhando com eles, para conhecer mesmo, não é? Muitas pessoas acham que não, que só tem que instruir, e que tu não podes estar lá junto, fazendo atividades com eles porque tu não és paciente, tens que ser muito diferente dele, tens que te colocar como profissional de verdade” (Assistente Social).

A idéia de convívio íntimo e prolongado com o paciente está em M.-A. Sècheyay, no seu trabalho psicanalítico intitulado *Journal d'une Schizophrène*, publicado em 1947. Era uma intensificação da vivência com a psicose, que analistas anteriores, como Frieda Fromm-Reichmann já tentaram praticar, com risco pessoal. Joseph Berke, psiquiatra da esquizofrênica Mary Barnes, fez com ela o que a Dra. Sècheyay fez em relação à sua doente:

“as mesmas tentativas, as mesmas incompreensões, as mesmas imperícias - e a mesma paciência, a mesma afeição, as mesmas intervenções “amáveis” bem distantes do que se permite um psicanalista (a Dra. Sècheyay levou Renée três semanas para um hotel à beira-mar)” (Gentis, 1975:13).

A experiência vivida por Barnes e Berke (1977) na comunidade alternativa de Kingsley Hall, por cinco anos, em Londres, fez-se polêmico marco de reflexão sobre a experiência da psicose e a convivência com ela.

A nossa entrevistada, porém, não tem conhecimento destas histórias e nem de seus desdobramentos. Chega a um discurso semelhante, ao menos na superfície, a partir de um deslocamento da Pedagogia do Oprimido de Paulo Freire (1975), citado como um dos autores mais importantes na sua formação acadêmica. O conflito entre “ser alguém igual ao paciente” versus “colocar-se como profissional de verdade” é resolvido, neste caso, pela tentativa de diminuir as fronteiras através do convívio e do trabalho praxiterápico conjunto.

Há, porém, uma clara divisão entre “neuróticos” e “psicóticos”, tanto vista a partir da forma de adesão ao tratamento, quanto do discurso apresentado.

“Existe um discurso neurótico? Existe! Existe um discurso psicótico? Existe!” (Psicólogo).

Os neuróticos, em geral, gostam de ir ao CAPS e manifestam isto com palavras espontâneas, pois o CAPS é um lugar onde “recebem atenção”, onde há espaço e aceitação mesmo das “crises nervosas” (Assistente Social). Os psicóticos, menos compreensíveis, “vêm da maneira deles”, marcando uma não-familiaridade maior.

O Medo Vencido

A palavra “discriminação” apareceu associada à idéia de medo.

“Tem algum tipo de paciente, por exemplo o Manso, este caso mais complicado que a gente tem. A gente vê que elas, as mulheres, principalmente, têm medo dele”. “Neste sentido, assim, é discriminado” (Terapeuta Ocupacional).

O medo é tema trazido pela copeira do CAPS, numa linha de associações que parte de recordações da sua falecida irmã, em tensão desde sua infância. A irmã, psicótica com vários anos de internação no macro-hospital da capital do estado é descrita como alguém que “tinha um problema” pelo qual “perdeu a memória completamente”. Por isso, em vez de ficar em casa, “passava lá” na Colônia Santana. Passar, na linguagem regional, tem, entre outros, o sentido de “hospedar-se”, morar provisoriamente em casa alheia. Ficavam com ela “uns dias em casa”, pois “de vez em quando a Colônia dava alta”, “para depois encaminhar nova internação”. Fatos e imaginações misturam-se, num jogo onírico, sob a linguagem simples. “Naqueles dias nós não dormíamos, porque ela não sabia o que fazia, ela pegava faca, pau para matar a gente [...] realmente ela estava descontrolada mesmo”. Chamada para trabalhar na Secretaria Municipal de Saúde, a copeira escolheu o CAPS. Era, inicialmente, um chamado fiel à Lei do Talião:

“Porque eu me lembrei que a minha irmã tinha esses problemas e eu queria fazer alguma coisa para ajudar eles aqui. E achei que eu tinha que fazer alguma coisa para recompensar o que os outros fizeram pela minha irmã lá, que ela ficou nove anos lá [...]. Mas assim que eu cheguei, todo dia eu chorava”.

Este choro, misto de luto e de medo, vai gradualmente dando lugar a um medo mais diferenciado, mais localizado, menos genérico, menos pulverizado.

“...Foi indo, foi indo, eu fui me entrosando, fui... e agora já tinha medo só do Manso, quando ele entrava em crise. Eu tinha medo, eu trancava a porta da cozinha. E agora não, graças a Deus!” (Agente de Serviços Gerais).

O medo localiza-se, depois de um tempo, na crise de Manso. Foi necessário um tempo ainda maior para que este medo fenecesse e ela pudesse dizer “**agora não, graças a Deus**”. Há, pois, um período inicial farto de reminiscências no qual o medo da irmã passa gradualmente a várias outras figuras, centralizando-se, por fim, numa delas - em Manso - e logo, apenas na sua crise. Assim, reatualiza e delimita sentimentos individuais do passado no presente histórico e social. A figura onírica, psicológica, encarna-se no objeto visível, sociológico.

No segundo período, está um tempo em que vai se “**entrosando**”, não só com os pacientes, mas com o papel de membro, mesmo que não técnico, de uma equipe profissional. Torna-se menos leiga, mais profissional. O medo, nesta fase, era tanto maior quanto mais os profissionais estivessem longe. Perto da equipe, pertencia a ela. Longe, voltava a ser leiga. O louco sob os olhos do médico, da enfermeira ou de outro técnico, não mais seria uma ameaça. A copeira fica trancando a porta “**bastante meses porque ele entrava na cozinha e começava a gritar**”. Ela se desespera porque “**...os profissionais foram para cá, eles não estavam**”. A ausência dos profissionais, especialmente dos médicos, deixa aparecer o que se tem de resquício da infância. Uma infância distante da sensação de segurança dada à vista protetora dos pais. Eles, os protetores adultos, “**não estão vendo**”. Demora um pouco até que chegue o tempo em que ela possa, finalmente, dizer “**não**” ao paciente, sem temê-lo:

“...Às seis horas ele bate na porta: ‘-Oh, Dona Fulana, abre a porta que eu quero café!’. E às vezes eu digo assim: ‘-Olha, eu não ponho café ainda, eu estou limpando, o chão está molhado! Você não pode entrar que eu estou limpando! Vem lá pelas sete e meia que o cafezinho vai estar pronto!’. E ele sai. Às sete e meia ele vem, eu abro, ele entra, eu sirvo cinco cafés, falo com ele, aqui! ” (Agente de Serviços Gerais).

Esta coragem para lidar com o paciente, esta falta de medo, é atributo, talvez, das mães e dos profissionais que exercem a maternagem dos loucos. Contada no sotaque da colônia italiana, lembra o discurso dos imigrantes diante das ameaças da natureza e dos selvícolas, recolhido pelo Padre Marzano ([1903] 1985:59), no início do século, quase nas mesmas palavras:

“Mas sabe que eu acho que Deus dá a coragem? Porque me lembrei: Meu deus! Se todo o mundo corre, como é que fica? Não é? Se eu corro de medo, o outro corre de medo, e aí como é que ficam os coitados? Alguém tem que criar coragem. E eu sei que agora eu abro a porta!” (Agente de Serviço Gerais).

Esta nova relação é relação inclusive com a pessoa em surto, momento geralmente insuportável para os leigos:

“Eu já abri a porta e ele em crise. E ele entra, eu dou café e ele conversa. Porque ele é muito curioso, ele pergunta onde é que eu moro, quantos filhos, como é o nome do meu marido...”

A preservação do medo se faz de boca em boca, eventualmente como conselho e advertência:

“Quando eu cheguei aqui [na cidade] me disseram: ‘Olha, aqui tem um tal de Manso! O Manso é assim e assim e assim, te cuida com ele!’ Já me deram as instruções do que fazer com esse Manso” (Assistente Social).

“Às vezes dizem: ‘- Cuidado, ao abrir a porta porque essa semana ele está em crise!’...” (Agente de Serviços Gerais).

A Libido Assustadora

O medo muitas vezes vem ligado à sexualidade, também num jogo de aspecto onírico, onde fatos e imaginações se mesclam, indefinidos:

“Já ouvi comentários de distorções [...] por exemplo, esse Manso. ‘Uma senhora faz tratamento aqui e o marido dela trabalha aqui na frente. Então ele, [...] visualmente, dá para observar aqui. Ela veio falar para nós que o marido não queria mais que ela viesse aqui, porque o Manso foi ali e disse que já passou a mão nos peitos de todas aqui, que isto aqui era [...] um antro, e não queria mais que ela viesse’. “...A gente pensou até em chamar ele, conversar com ele, explicar a

situação. Até que ponto foi verdade isso? Do Manso ter falado isso? A gente até percebe que ele [o marido] tem um ganho secundário". "Ele não quer que ela venha aqui [no CAPS]. Não quer, por outros motivos" (Terapeuta Ocupacional).

Os "outros" motivos que o entrevistado aponta referem-se à autonomia e à independência maior que a mulher conquista ao sair da rotina doméstica. Para evitar novidades no ritmo caseiro e contestações ao seu poder, este marido usa o argumento de que Manso ter-se-ia jactado de manter relações libidinosas, ou, no mínimo, sedutoras, dentro da instituição. O argumento, se muito repetido, tornaria a instituição pouco confiável, do ponto de vista moral.

A cena, terminantemente negada pelas pacientes, mesmo que fosse construção de cabeça de Manso, envolve criação imaginativa por parte de quem ouve e de quem repete a historieta. O que se imagina é uma cena na qual Manso faz o que é proibido: dá vazão à libido transgredindo regras. A figura física de Manso, representada na cabeça do imaginador, funciona como um artista, a desempenhar o papel que o imaginador vier a criar. O cenário da representação é o CAPS, mundo de leis estanhas a receber até os loucos, instituição aonde vão aqueles que são rejeitados pelas instituições. O enredo é erótico, envolvendo um homem e várias mulheres. O personagem é o louco. O roteirista e diretor está oculto. O ator que fará o personagem terá a forma física de Manso.

Receptáculo de projeção, tela onde se desenrolam fantasias sexuais alheias, Manso candidata-se a bode expiatório, a ser aquele que paga e sofre as conseqüências pelos crimes ou pecados dos outros. A remissão advinda deste processo não implica reconhecimento. O modelo é o descrito por Frazer (1925:272, apud Xanthakou, 1989:67), onde crianças e adultos apedrejam um idiota, à semelhança dos ritos de lapidação cerimonial do bode expiatório, atestados na Grécia Antiga. Naqueles ritos o bode era chamado de "farmakos", palavra grega etimologicamente ligada a fármaco, que significa droga. Uma droga, ou um fármaco é algo que tanto pode curar quanto pode matar. É remédio e é veneno. O rito do bode expiatório tem um poder lenitivo sobre o espírito das pessoas que dele participam: pode mitigar tensões internas. Mas como as drogas, pode viciar e pode trazer riscos.

Colhemos uma versão, corrente dentro da prefeitura municipal, da história de Manso, recheada de assombros, emoções e inexactidões:

“Ele ficou doze anos na Colônia Santana, ficou doze anos lá [...]. Então quando ele veio para cá a gente enfrentou uma série de problemas, e a questão da loucura dele. O pessoal enticava, depois ele entrava em crise. Ele se veste de travesti, ele põe uma tiara.” “Ele levanta a roupa, e aí as crianças enticam e o pessoal fica bravo e tal. E o pessoal também oferece bebida, se ele está tomando medicamento ou não, e aí ficam fazendo chacota. Passa a ser engraçado e passa a ser também chacota dos outros. Não é? [...] No início a gente enfrentou esse tipo de problema, porque quando a gente veio, quando iniciou o CAPS, o primeiro paciente foi ele, assim, que começou a dar confusão” (Encarregada da Promoção Social).

O tempo de internação dado aqui é irreal: funciona como número cabalístico, o número da rainha do baralho, das horas do relógio, dos apóstolos de Cristo. Nos arquivos do Hospital Colônia Santana pode-se somar um ano e oito meses de internamento para este paciente, divididos em sete diferentes ingressos. Desde o primeiro ingresso, em 1984, até o penúltimo, cinco anos depois, perfaz uma média de pouco menos de dois meses de internação a cada ingresso. No início de 1994, encaminhado por um juiz, ficou no hospital por sete meses consecutivos.

A novidade não estava na presença de Manso na cidade, e sim na presença de uma prefeitura com funcionários empenhados em resolver o problema de suas loucuras.

Seu travestimento, pelo menos nos dias em que tentamos conversar com Manso, mais do que as modas femininas, lembrava alegorias florais: grinaldas de flores colhidas em jardins de casas vizinhas, precariamente atadas a hastes verdes flexíveis, cheias de folhas, que circulavam a cabeça e a cintura; torso descoberto; blusa, atada pelas mangas, nos quadris, como um saíote sobre a bermuda curta; sandálias de dedo; um rústico bastão, feito de galho de árvore, na mão. Ornado de vegetais, fazia pensar numa florescente mania, contrastando com o quadro que expunha na Colônia Santana, segundo as anotações de seu prontuário, então compatíveis com esquizofrenia hebefrênica.

A hebefrenia é de uma conduta semelhante à da imbecilidade. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais norte-americano (DSM IV) troca o histórico nome da hebefrenia para “esquizofrenia tipo desorganizado” (APA, 1995:276) e define entre suas

características o comportamento e o discurso desorganizados, afeto embotado ou inadequado, atitudes tolas e risos sem relação adequada com o conteúdo do discurso, trejeitos faciais, maneirismos e outras estranhezas do comportamento. A novidade do DSM IV não apaga o conhecimento antigo de uma psicose na qual as pessoas se assemelham ao retardado mental. Neste caso, ao “bobo alegre”, expressão que ainda habita o vocabulário popular do Brasil meridional.

Manso oscila, pois, entre o bobo alegre, imbecil ou idiota, e a figura mitológica, bissexual, vestida de flora e de natureza, cheia de energia.

Na mitologia greco-romana as driades eram as ninfas protetoras das florestas e dos bosques. “Tão robustas como frescas e lépidas, elas podiam errar em liberdade, formar coros de danças em redor dos carvalhos que lhes eram consagrados e sobreviver às árvores colocadas sob sua proteção”. Representadas sob a forma de mulheres que se confundiam com árvores, enfeitavam a cabeça com uma coroa de folhas de carvalho. Algumas vezes traziam uma “acha na mão, porque se acreditava que essas ninfas puniam os ultrajes feitos às árvore sob a sua guarda” (Commelin: 131). As ninfas conviviam com sátiros e faunos. Silvano, deus que tinha vários templos em Roma, servia como “espantalho” às crianças que se divertiam em quebrar os galhos das árvores (Commelin: 143).

Manso revive, deslocado e provavelmente sem o saber, cenas semelhantes às cenas mitológicas clássicas.

Sua incompetência social, aos olhos do povo, dá pena: é apenas um idiota, um bobo. Seu trabalho não é reconhecido socialmente. Parece não compreender o valor do dinheiro. Socialmente é um marginal. Brinca com as crianças no mundo sádico do gracejo e do deboche, do gozo arrancado às custas do outro. Divertem-se numa reciprocidade. O esforço da comunidade exercido sobre ele é para infantilizá-lo, desresponsabilizá-lo, nivelá-lo às crianças.

Diante dele vale usar gestos - movimentos corporais e posturas, inclusive expressões faciais - que expressam um código aceito pela comunidade, que ora finge que ele não entende, ora usa só para provocá-lo. Algumas crianças, diante dele, usam a tradicional mímica de expressar insânia: “tocar repetidamente com o indicador na testa ou rodá-lo em forma de

parafuso”, em direção à cabeça. São gestos vulgares na Europa, replantados no Brasil. Neles, Câmara Cascudo (1987: 169) vê a possibilidade de guardar-se uma reminiscência da antiga trepanação libertadora da alma, asfixiada no cérebro, motivando a loucura, já que esta era a terapêutica pré-histórica, mesmo no continente americano, além de ser tradição entre os faraós.

Mas se este personagem citado, eventualmente é sentido como criança, sabe-se que ele é, na realidade, adulto. Seu sexo, em algum momento, dependendo de como age frente aos outros, vira escândalo. Para muitos, o inocente não é um anjinho: é um animal.

Seu exibicionismo ora é cômico, ora irritante. Ter a região das nádegas exposta ao olhar público constitui situação de vexame e acabrunhamento, que na Idade Média “motivava a euforia zombeteira pela simples referência verbal”, pois nada era tão cômico para o homem medieval como o desnudamento involuntário (Cascudo, 1987: 24). A irritação dos outros ocorre quando sua displicência ou sua intenção caem no campo sexual.

Manso encarna, pois, a criança rural e os perigos urbanos, o bobo inocente e o animal perverso. É o bicho do mato, vestido de plantas, e é o senhor das ruas, o diabo solto pelo asfalto. Compõe-se dos resíduos da identidade fragmentada de uma cidade nova, talvez.

“E até, a gente sofria pressão da família dele, de vergonha que sentiam de ter um irmão assim, de quem o pessoal ria” (Encarregada da Promoção Social).

Temporariamente a cidade encontra nele algumas qualidades que nem todos os desviantes, doentes ou anormais têm: a de representar o bobo alegre, o louco manso e complacente, o juvenzinho ingênuo. Neste momento se insere na rede de relações sociais. As pessoas o conhecem e conversam com ele. Ao mesmo tempo que recebe compaixão, serve de diversão lúdica aos outros. Suporta gozações e zombarias nas rodas de bar e nas festas de igreja, participando delas, ao seu modo. As brincadeiras dramatizam a ingenuidade, mas também dramatizam as transgressões fantasmáticas hétero e homossexuais que passam pela cabeça dos populares. Ora lhe atribuem desejar casar com alguém que não o quer, ora lhe atribuem ter sido estuprado por algum sodomita, ora dizem que passou a mão nos seios de senhoras casadas, cujos maridos não estão presentes.

A ele se impõe representar o teatro das transgressões possíveis e impossíveis. Quando não está em surto é inofensivo. É mesmo uma pessoa boa, que carrega em seus ombros todas as vergonhas da comunidade, em forma de comédia.

Ator de cenas bufas, recebe uma certa admiração. Fica a dúvida, se teria ou não cometido as delinqüências que os outros gostariam de, alguma vez, cometer. É nesta representação diante da comunidade que Manso ganha seu lugar dentro dela: ele tem uma função reconhecida. Leva uma vida pública.

Seu poder reside em poder fazer o que ninguém faz, ao menos no papo, nas conversas descompromissadas. As histórias que contam, mesmo na sua presença, são ridículas, absurdas, exageradas. Muitas vezes são escandalosas e giram em torno de transgressões incestuosas, homossexualidade, assédio, palavrões.

11. ATENÇÃO, REABILITAÇÃO E INCLUSÃO

Funcionários Paternais, Transgressões e Exclusão

A criação do município institui a prefeitura, a sede do poder público, a quem a família recorre, pedindo socorro, envergonhada “de ter um irmão assim”. A maior estruturação do estado faz com que a ele sejam atribuídas as funções de estabelecer ordem e realizar o controle social. É a família que se queixa da falta de ordem e de controle. Busca, na instituição estatal, um pai que lhe proporcione o que falta. E os funcionários públicos, como esta assistente social encarregada do setor de “promoção” social, sentem-se na obrigação de fazer alguma coisa. Enfrentam a angústia de ser engrenagem do aparelho de estado e não saber o que fazer diante de um problema de complexidade assustadora para o qual não receberam qualquer preparo. Cobrados pelos outros e por si mesmos, sofrem.

“A gente sofreu um monte. Depois, com o tempo, foi à escola, conversou com os professores. Tem um colégio grande... o colégio estadual, e então... ele entrava no banheiro das meninas. O pessoal enticava. Então aí a gente fez um trabalho, foi

na escola, conversou com os alunos, conversou com as professoras, pediu para não enticar, para respeitar, e tal. Nas comunidades, nos grupos de mães, a gente ia, falava da questão. Fomos aos bares também, pedimos para o pessoal respeitar e aí a gente começou a fazer um trabalho”. “Não oferece álcool, respeitar como pessoa. E daí o pessoal foi indo, foi se acomodando ” (Encarregada da Promoção Social).

A palavra trabalho, em português, não só traduz discussões, deliberações, atividade, serviço, empreendimento, mas está no dicionário ligado à idéia de esforço, fadiga, aflição (Bueno, 1992:1135). Freud emprega, em alemão, os verbos *durcharbeiten* e *bearbeiten* habitualmente traduzidos por elaborar, trabalhar ou perlaborar. Em alemão a designação tem a ver com um antigo verbo germânico cujo sentido era “ser criança órfã obrigada a pesada atividade física”, que evoluiu aos nossos dias chegando à designação de “atividade dirigida e útil” e “atividade profissional” (Hanns, 1996:190-199). Entendemos o “trabalho” desenvolvido pela assistente social entrevistada como atividade profissional. Nasce de um sofrimento, evolui com esforço, vencendo resistências. Tem características de atividade pedagógica sobre a comunidade. Faz, para a sua protagonista, um certo papel de elaboração. Sobre os outros, exerce um papel de persuasão. Sua meta ideal, porém, é o refinamento de processos relacionais e psíquicos dentro da comunidade, tarefa talvez enganosa e muito grande para uma prefeitura.

A bebida alcoólica é nociva ao psíquico. A dose moderada, que inebria e alegra, desfaz barreiras e libera de censuras. Ao ingênuo oferece-se bebida, como se fosse um igual. Logo passa a ser engraçado. E passam a acontecer chacotas. O bar é um ambiente de homens, onde há liberalidade para falarem não só de assuntos sérios, mas para soltarem-se nas conversas descompromissadas e no fantasiar transgressões possíveis.

A auxiliar de enfermagem relata um episódio de intervenção feita por ela, dentro de um bar, em que se pode ver a postura feminina, contrária ao mundo da bebida, e a evocação do médico com quem o paciente tem boa relação, como autoridade.

“Ah, o Manso, eu já peguei ele tomando cerveja no bar. Alguém me avisou. Eu estava no posto e uma moça falou: ‘-Olha, o Manso estava tomando cerveja no bar e quando ele toma cerveja, não dá certo com os remédios, não é?’. Aí eu fui lá e entrei no bar e disse: ‘Manso, tu estás tomando cerveja?’ ‘-Ah, é só uma!’, ele disse. Eu disse: ‘-Tu sabes que não podes, não é, Manso? Eu vou conversar com o doutor,

eu vou falar para ele que tu estás tomando cerveja!’ ‘-Não, eu não estou tomando, eu já estou terminando!’ Aí soltou a cerveja, saiu e foi embora. Eu não sei se ele parou de tomar por causa de mim ou se ele ficou com medo de eu falar para o doutor. Só sei que ele parou de tomar cerveja e saiu. Naquele bar quem atendia era uma mulher. Só tinha eu, ele, a mulher e outra amiga. Quer dizer que se ele resolvesse, ali, dar uma na cara, ninguém defenderia. Na hora eu não pensei, não é? Poderia ter se voltado contra mim. [...] É, ele já me respeita mais. Porque ele apronta bastante lá fora, e aqui dentro, com a gente, ele não apronta” (Auxiliar de Enfermagem).

Os ingredientes da sociabilidade dos bares de pequenas cidades, redutos de homens, são o álcool, o cigarro, o tira-gosto, a gesticulação, as conversas animadas e as discussões sobre trabalho, política, sexo e esportes. Trata-se de um lugar apropriado para se exibir a masculinidade onde, entre amigos, observa Driessen (1993: 243-247), ao estudar as regiões mediterrâneas, são comuns brincadeiras em forma de um “medo obsessivo de representar o papel passivo num encontro homossexual, de ser convertido simbolicamente em uma mulher”. Aquele etnólogo é levado a pensar que no mundo latino a masculinidade é, por definição, competitiva. É ganha ou perdida nos confrontos com outras pessoas. Daí as comparações, desafios, defesas e ofensas sobre a honra. Na coreografia da sociabilidade masculina, gestos icônicos próprios de bar são repetidos até a previsibilidade, de forma controlada e formalizada pelo grupo.

O louco, sem namorada, solteiro, morando com a mãe, já passado da idade de casar, sem emprego, improdutivo, é o oposto dos homens normais. Se está no mundo sexual ao inverso, mas na roda de bebida dos homens, não será, certamente, uma criança inocente, assexuada. Desvirilizado, filhinho da mamãe, sem mulher, deverá ser afeminado: aquele que será chamado de “veado”. Apesar de ser animal delicado, veloz e tímido, tem chifres, que eventualmente podem agredir. Enquanto não chifra, é considerado “engraçado”, divertido, e serve de chacota.

“Se você chama ele de não sei o que, de maricas e tal, ele pega e desce as calças: é uma forma de agredir!” (Encarregada da Promoção Social).

O gesto surpreendente, ao romper com o decoro consensual, constrange os outros a enfrentar a nudez. Ser obrigado a apresentar-se nu “fora penalidade imposta aos violadores de quintas, granjas” e hortas no Portugal dos séculos XIII a XV (Cascudo, 1987: 39). Aqui a punição vem às avessas, em que o nudista espelha a punição do crime dos outros.

A chocante investida exibicionista, além de ser uma agressão é uma evolução sexualizada da relação montada com o grupo. Chamado de maricas⁴⁷, mostra as partes viris. O status de louco permite-lhe fazer a demonstração fálica que os outros não fazem e encontra aí um poder. Mostra que é homem, mas através de um ato sexual, que mulheres não fazem, voltado aos homens. No mundo homo do bar, o maricas, tomado por complemento passivo do “super-macho sodomita” (Xanthakou, 1989:126), mostra que pode encarnar também tal super-macho. Perde a delicadeza e a timidez para mostrar músculos, tamanho físico e capacidade de violência. É dito então em crise, em surto. Ativo, agressivo, sem-vergonha, é o homem que pode estuprar. Os mesmos que se divertiam com ele, fazendo gracejos, “tirando sarro”, agora o temem.

Uma pessoa assim, intriga pela sua natureza ambígua. Vai do mundo dos adultos que bebem no bar ao das crianças que freqüentam o colégio. Perde a sua brandura de criança que quer brincar para mostrar uma sexualidade descontrolada. Toca nos fantasmas humanos, nas características assustadoras e perversas que o inconsciente abriga. Há um valor de transgressão no que ele normalmente faz, como entrar no banheiro errado.

“Ele entra na missa: é uma forma também de chamar atenção. Entra na missa, o pessoal está lá, todo mundo rezando. Coitado, todo desajeitado, com blusa lá em cima, com a calça quase caída, aparecendo a zorba e tal” (Encarregada da Promoção Social).

“Ele era temido. A gente temia” (Secretária Municipal de Saúde).

Uma transgressão tão grande como a de entrar semi-nu na igreja, quebrando um sagrado de milênios, em plena hora de missa, desfilando pelo corredor, dá pena e medo. Traz à luz uma irresponsabilidade diante da qual todos são impotentes, uma alienação mental que causa repulsa a muitos moradores da cidade. Miséria, impotência, sexualidade e símbolos

⁴⁷ Homem que se ocupa de trabalhos próprios de mulher, homem muito medroso, segundo Bueno (1992:701).

sagrados do cristianismo, juntos, formam um prato intragável, um cálice a afastar. Já não é mais uma transgressão para rir. Nem é uma transgressão a ser punida na forma da lei ou da repressão vulgar.

“A gente procura muito afastar a polícia do CAPS, porque a polícia com um tipo assim, do Manso, a polícia é repressora. Ele tinha até mais crise se fosse um policial que chegasse perto” (Secretária Municipal de Saúde).

“Ela é mais repressiva... a polícia” (Encarregada da Promoção Social).

Aos olhos populares, a grande transgressão, que na verdade é o ponto alto de um acúmulo de transgressões com maior ou menor número de coadjuvantes, clama por uma retirada, uma suspensão do ato dramático, que ficara pesado demais. Pede, pois, o ostracismo temporário de Manso. A sua exclusão do campo de relações codianas e estáveis da cidadezinha. Se os médicos e os administradores da Saúde Pública não entram neste jogo, a comunidade recorre ao Poder Judiciário. A ordem judicial para internar em manicômio, judiciário ou não, dispensa até atestado médico⁴⁸.

“Com esta pressão toda, o Manso foi para o manicômio, conseguiram levar ele para lá” (Secretária Municipal de Saúde).

O Louco da Aldeia e o Doente

Fora da crise, era neutro: equilibrava as transgressões com o aspecto de idiota, a audácia com a ingenuidade. O “nosso” louco, se era mau, era também bom. Em crise, fica mau demais para ser aceito como o louco da aldeia. Aquele que é muito irresponsável não pode ser bode expiatório, não pode exercer o papel do “culpado por procuração” das faltas reais ou fantasmáticas da comunidade (Xanthakou, 1989:91). Culpabilizá-lo e rir dele quando está muito mal é causador de remorso. E é perigoso, pois pode despertar reações animais nele. Agora é lembrado como doente, que precisa de hospital. Está tão doente que nem pode ser o idiota da aldeia. O ator deste ritual entra em atestado e interna na capital, onde “há mais recursos”.

⁴⁸ Baseia-se no artigo 12º do decreto nº 24.559, que Getúlio Vargas assinou em 3 de julho de 1935.

“A gente também tinha receio quando ele voltasse [do hospital]. Aí iniciou a atividade [do CAPS], daí ele foi um dos primeiros pacientes” (Secretária Municipal de Saúde).

“Não sei, posso estar errada, mas eu acho que o Manso foi um ponto forte para se criar um programa assim. É um sentimento meu, esse. ... Antes desse programa...ele estava sempre aprontando”. “Claro, ele aprontava, ele tirava a roupa na rua, ele quebrava cadeira em cabeça de guarda, aprontava um monte” (Assistente Social).

“Na comunidade toda, o grande problema é Manso. Este foi, digamos, escolhido. Ele se expôs. Nós devemos, um dia, uma placa para ele, aqui na frente do CAPS... nosso paciente-mor. Mas é porque ele é quem motivou o funcionamento do CAPS, porque ele chama a atenção para isso. Tu vê: um aspecto positivo! Porque os outros não. Os outros estão mais ou menos equilibrados, trancados dentro da casa. Tem um, por exemplo, que não sai de casa. De vez em quando ele foge, ele vai para o hospital do Rio Maina, pede para se internar. Eu ligo de lá, a família vem buscar... Mas está em casa... daquele jeitão dele: não toma banho, mas a família deixa. Não quer tomar banho? Não toma. Quer fumar? Fuma. Quer dormir durante o dia todo, não dorme de noite. O irmão se adaptou a isso. Digamos, tem essa coexistência aí dos dois” (Médico).

No *não conformismo* de Manso o médico encontra um aspecto positivo. Nesta dialética entre comunidade e louco, capaz de ajudar a produzir o serviço de Saúde Mental, movimentos recíprocos fizeram-se necessários: ela o escolhe, ele se expõe. Torna-se um dos problemas da cidade, a pedir soluções. Por ser público - e de público escândalo - parece ser um problema maior do que o outro, que não toma banho, dorme o dia todo, fuma a noite toda, na reclusão de seu lar tedioso.

A frequência ao CAPS permitiu diminuição dos arroubos anti-sociais de Manso:

“Agora diminuíram, não é? Sim, porque daí ele se sentiu mais valorizado” (Encarregada da Promoção Social).

“Acho que ele mudou um pouco” (Secretária Municipal de Saúde).

“Mudou.. Ah! Mas mudou. Mudou, acho que sessenta por cento...”
(Encarregada da Promoção Social).

“Hoje ele consegue até ter um pouco de cidadania. Antes ele não entrava em nenhum lugar. Agora ele entra na prefeitura. A primeira vez que ele entrou aqui todo mundo tinha medo dele e hoje ele circula livremente aqui dentro”. “As pessoas se acostumaram, conversam com ele. Ele passa pela gente, ele conversa” (Secretária Municipal de Saúde).

“Melhorou um pouco. Melhorou? É uma coisa a pensar. Diminuíram as internações. Mas aí, para ele, teria que ser uma coisa muito a pensar. Até conversar com ele: ‘-Vem cá, para ti, melhorou ou não melhorou?’ Para nós, ele melhorou” (Médico).

As melhoras dizem respeito a uma reintegração parcial, mediatizada por ações em nível psicológico, social, ocupacional e farmacológico. A família é frequentemente sentida pelos administradores como omissa, em especial diante da questão farmacológica:

“Até porque a família não dá apoio. O que preocupa é...a família” (Secretária Municipal de Saúde).

“No começo tu passaste bastante trabalho com o Manso. A questão do medicamento, que ele não tomava. Então tinha alguns medicamentos que ele ia lá no CAPS tomar”. “Ele também não obedecia a família e tal, à mãe: escondia” (Encarregada da Promoção Social).

“E tem uma injeção que ele toma, não é? Então a gente tinha que cuidar para ele tomar essa injeção, para não voltar a ter crise, para não ter que internar. Hoje a gente está tentando fazer com que a família assuma e ele tome o medicamento em casa. Pelo apoio que dá, o nosso trabalho tenta segurar o paciente aqui... Tenta-se segurar o máximo que pode na comunidade” (Secretária de Saúde).

O esforço político e técnico, pois, da prefeitura, neste caso, é marcado por dois eixos: medicalizar e tentar não internar. Trata-se de medicalizar no espaço extra-hospitalar. Mas, não é um medicalizar centrado num modelo médico tradicional: é multidisciplinar e menos “etnocêntrico” do que o modelo de Caplan.

Xanthakou (1982: 202) afirma que as imagens e representações sociais relativas ao desvio e à anormalidade, longe de delimitar um campo homogêneo, se separam em duas esferas. Uma é a da doença mental. A outra, está no domínio dos comportamentos e atitudes a caracterizar os indivíduos que, não considerados doentes mentais, enquadrar-se-iam no estereótipo do “louco” ou do “idiota” da aldeia, do vilarejo. Onde os transtornos são evidenciados como sintomas patológicos, é mais difícil ter o “idiota” da aldeia, diz ela. É como se o estatuto de doente protegesse contra zombarias e trotes. Ela encontrou, nas aldeias que pesquisou no Peloponeso, só 3% dos membros de sua amostra de desviantes, designados indiferentemente pelos vocábulos “patologizantes” (esquizofrênico, maníaco-depressivo, psicopata, doente) e pelos termos correntes, do vocabulário popular (louco, maluco, doido, pirado). A grande maioria, naquela região da Grécia, ou é designada por uma família de vocábulos ou por outra. Em geral há uma incompatibilidade entre a existência atestada de antecedentes de ordem psico-médica e o traço distintivo do idiota da aldeia. Este traço consiste no fato de estar exposto à ridicularização, brincadeiras e zombaria. A reunião destas duas características, para a autora grega, existe, mas é extremamente rara no Peloponeso. Daí deduz-se que o conhecimento dos tratamentos psiquiátricos feitos exclui do papel de idiota aquele a quem se endereçam zombarias. Entre as pessoas tratadas por médicos, das quais ainda zombam, a maioria é saída de extratos sociais inferiores. Portanto, deduz, Xanthakou, a adequação cultural às concepções médicas mais modernas dá lugar mais elevado na hierarquia social. Os pobres seriam bodes expiatórios melhores e mais resistentes à sanção médica, ao menos naquela região. Caberia, pois, ao médico e ao Serviço de Saúde, enquanto autoridades legitimadas, a capacidade de deslocar alguém de uma categoria a outra.

Os etnólogos, como mostra a mesma Xanthakou (1982), distinguem, dentre os desviantes, alguns agrupamentos específicos: o dos retardados (pessoas de inteligência pequena); o dos iluminados (pessoas em contato com o sobrenatural, respeitadas mas “meio-malucas”, às vezes vivendo como eremitas); o dos originais (esquisitos, excêntricos); o dos doentes mentais (aos cuidados médicos ou necessitando deles); o dos idiotas de aldeia (*idiots de village*, em francês; *tontos del pueblo* em espanhol), ou loucos da aldeia (*fous du village*, em francês; *trelos tou khoriou*, em grego). Os doentes mentais, nesta classificação etnológica, não são zombados: são temidos e causam compaixão. Os loucos de aldeia caracterizam-se

como bobos ou idiotas sem serem retardados mentais⁴⁹. Servem de bode expiatório, riem-se deles pelas costas e pela frente, são alvos de brincadeiras sarcásticas, trotes, zombarias e provocações. Culturas distantes da nossa têm bufões, clowns rituais e tricksters, que manipulam coisas interditas e coisas sagradas, teatralizando as condutas proibidas.

Xanthakou (1989:215) reconhece que há personagens marginais, periféricos e mistos, na classificação acima. Mais raros que o simples doente e mais raros que o idiota comum de aldeia, eles são tipos de boa inteligência, muito peculiares, que desempenham numa contiguidade as duas esferas. Manso é destes, que conseguem desempenho em ambos os espaços.

Ócio e Trabalho

As tarefas realizadas pelos pacientes sob a rubrica da terapia ocupacional ou são lúdicas (festas, gincanas, bailes, brincadeira em grupo) ou são relacionadas com algum trabalho (de marcenaria, com argila ou gesso, de pano, etc.). No mais das vezes este trabalho, artesanal e individual, feito em companhia de várias pessoas, recebe comentários dos membros da equipe:

“Olha, talvez se caprichar melhor aqui, melhor ali...” (Psicólogo).

“Vamos terminar, porque precisa entregar dia tal. Então a gente se apressa [...] faz tudo com muita antecedência” (Psicólogo).

“Não pega mais encomenda porque não dá, entende? O objetivo também não é transformar assim numa fábrica [...], não é isso. O objetivo é terapêutico” (Psicólogo).

O psicótico, nesta oficina, é conclamado para fora de seu tempo interno, como se vê na descrição dos comentários acima. Ele sofre constantes intervenções por parte da equipe, no sentido de socializá-lo ou de confrontá-lo com a realidade social, que implica senso de estética,

⁴⁹ Há alusões ao tema na literatura, em formas tão diferentes quanto a do grego Nikos Kazantzakis e a do russo Fédor Dostoiévski, à qual Akira Kurosawa deu uma versão japonesa, no cinema.

tempo, compromisso, recusa, medida. No trabalho, portanto, está o encontro com regras sociais, com leis do convívio.

Acontece um pequeno mercado próprio, de produção menor do que a procura, em alguns casos.

“Eles costuram [os acolchoados], depois colocam a capa e já estão lá, na briga entre eles para ver quem é que vai comprar. ... Senão a gente acaba vendendo [a terceiros]” (Psicólogo). Valorizam, pois, o que fazem. Querem para eles o fruto do trabalho. A concorrência em torno de uma peça útil nas noites frias denota o valor do objeto produzido e o valor do trabalho para produzi-lo. Os concorrentes, neste momento, estão no mundo da produção e no mundo do comércio. Dá-se um vínculo entre as pessoas, tanto pelo fazer juntos, quanto pela participação no mundo do bazar, do campo de trocas, onde as negociações são também afetivas, de poder, e contratuais, além de mercantis e financeiras. É no mercado que todo o corpo social se reconhece, as classes se misturam, trocam, olham uns para os outros, jogam e trabalham, como dizem os teóricos⁵⁰ da reabilitação psicossocial.

“A comunidade comprou muitos daqueles presépios de natal que eles fizeram” (Psicólogo).

A produção e o comércio auxiliam no reconhecimento e na formação de novos vínculos. Inicialmente monta-se intercâmbio de experiências e atividades com outros grupos mantidos pela prefeitura: os grupos de mães e os de idosos.

“A gente volta e meia quer fazer uma festa, a Festa de Páscoa, por exemplo; ‘-Acha que pode juntar os grupos?’ E junta os grupos de idosos e do CAPS. É uma maneira de não separar muito” (Psicólogo).

Não separar muito, neste caso, relaciona-se a enfrentar a discriminação. Aos programas em conjunto, inicialmente com os idosos - que talvez pela idade fossem mais abertos a romper com a segregação - sucederam-se logo as participações em rituais sociais mais abrangentes.

⁵⁰ Ver Rotelli (1986), Pitta (1994), Saraceno, Sternai (1987, apud Pitta, 1996:21).

“Volta e meia os paciente são convidados para fazer uma apresentação num jantar ou num festival de dança, como eles já fizeram” (Psicólogo).

Aqui, o reconhecimento à inserção social trabalhada e a trégua à discriminação: “são convidados”. As diversões populares e as artes folclóricas mostram-se meios de integração, portas para os rituais comunitários. Dançar é, pois, mais do que um adestramento físico e mental. É meio de estar na coletividade sob reconhecimento e aceitação.

Há, porém, uma solução de continuidade entre o trabalho artesanal e o trabalho assalariado regular. É neste último que os médicos pensam, ao falar de trabalho, sob a égide do discurso dos determinantes de saúde:

“Para você ser saudável você tem que ter um emprego” (Médico).

“Dentro desse teu emprego tu tens que estar ganhando o suficiente para manter a ti e a tua família” (Médico).

Este ideal de inserção social no mundo assalariado, mesmo não sendo atingido, é parte integrante de uma visão humanista da medicina.

“Então o nosso tratamento aqui não é só aquele estritamente médico, de remédio e psicológico. A gente dá condições para que o paciente se integre na sociedade como pessoa humana realmente, valorizando não só a doença, como as potencialidades que cada um tem, independente de ter um problema ou não” (Médico).

Se o acento era tradicionalmente colocado na patologia e nos seus sintomas, agora surgem questões novas. Em vez de apenas o doente, a pessoa. Em vez de apenas o tratamento medicamentoso e psicológico, a inserção na sociedade. Em vez da doença, as potencialidades.

De fato, o campo de inerência dos sintomas é justamente o sujeito, a sua singularidade, sua história, sua cultura, sua vida cotidiana, como diz Jairo Goldberg (1994: 35) em seu livro sobre o tratamento da psicose no sistema público. Dar-se conta disto leva a um tratamento mais interessado e personalizado. É o que parece estar por trás do pleonismo “pessoa humana realmente”. A auxiliar de enfermagem nos dá as mesmas pistas:

“No posto de saúde [que atende clínica geral] tudo é rápido... as pessoas vem, a gente atende, já saem. A gente quase não fica muito tempo juntos.” [No CAPS] “a gente convive mais, trabalha mais, até. A gente “trabalha” com eles. Não é? Enquanto que no posto a gente vai, dá o número, encaminha para a sala da médica” (Auxiliar de Enfermagem).

Há, pois, uma atitude, que influi na forma de tratar o paciente, mas também na forma de se relacionar em equipe. Nos primeiros meses do CAPS, o trabalho chegava ao terapeuta ocupacional na forma de encaminhamento médico:

“Eles fazem uma consulta com o médico e o médico prescreve terapia ocupacional. Hoje em dia a gente já está abrindo mais. Qualquer outro profissional, assistente social e tudo, já pode encaminhar para mim e não aguardar consulta [médica]”. “Agora a gente está fazendo um trabalho mais em conjunto”, “prescrevendo essas atividades em conjunto “ (Terapeuta Ocupacional).

Esta evolução desdobra-se, saindo lentamente da idéia tradicional e acanhada de “praxiterapia” para uma reabilitação realista. As diferenças entre os pacientes levam à formação de dois grupos, de funcionamentos diferentes. Um grupo, o dos que comparecem ao CAPS todos os dias, monta-se com “pessoas que tem mais dificuldades, que não têm nenhum vínculo social, que não conseguem fazer nada nem em casa, onde ficam na ociosidade” (Terapeuta Ocupacional). A estes há uma atenção especial, intensiva. O outro grupo se reúne duas vezes por semana e é chamado de “oficina”. Faz-se de “pessoas que mantêm ainda algum vínculo, estudam, arrumam a casa, fazem o serviço de casa, ou têm algum outro trabalho”. Composto principalmente de mulheres, já “desenvolve atividades com fins comerciais” claros (Terapeuta Ocupacional).

Aos que não são membros da equipe terapêutica é difícil entender que a reabilitação poderá ser um projeto para toda a vida. Que o tempo do psicótico não é subordinado aos relógios e nem aos calendários convencionais, do ano civil, do ano comercial, do ano letivo. As críticas nascidas dentro da prefeitura ligam-se a esta dificuldade de compreensão:

“...Outro dia eu fui lá. Qual o trabalho que o T.O. [terapeuta ocupacional] faz com os pacientes que estão ali? É... fazer acolchoado! Ninguém tem visão de como

fazer acolchoado! Eu não sei... o T.O. também não! Como é que tu vais passar uma coisa incerta para um paciente?” (Encarregada da Promoção Social).

O exemplo dos acolchoados é rico. As pessoas resolveram fazer algo útil, usando seu tempo dentro do CAPS, para fugir dos tradicionais bonequinhos e cinzeiros de gesso e argila com que comumente os terapeutas ocupacionais ocupam os pacientes. Numa região de clima temperado, com invernos rigorosos, nada mais útil numa casa do que um acolchoado para a cama. Nenhum paciente sabia como fazê-lo. Os técnicos não aprendem a fazer acolchoados nas universidades, evidentemente. Os debates sobre acolchoados levaram ao surgimento de saídas. Acabaram conseguindo a vinda de uma senhora de uma cidade vizinha, que os orientou e adestrou. O resultado psicológico foi maior do que o valor dos acolchoados produzidos. O saldo organizativo, para os profissionais, foi maior do que a importância do manejo da técnica artesanal. Isto é difícil de ser visto por quem não está no dia-a-dia com os pacientes:

“O paciente já é deficiente, então como é que tu vais jogar um acolchoado e dizer: ‘-Olha, vocês vão costurando em linha reta’. ...Eu acho que o trabalho para ti passares, para fazer o acolchoado, tens que ter o manejo e a técnica ... para ele tentar confeccionar e a coisa sair mais bonita[...]. Para ele também se valorizar enquanto pessoa” (Encarregada da Promoção Social).

Para muitos leigos, a idéia de terapia ocupacional ora é algo como uma pedagogia profissionalizante, ora é algo como divertir os pacientes dando-lhes tarefas infantis para passarem o tempo ou para se treinarem em habilidades psicomotoras. Esta questão ainda não está muito clara para os administradores dos serviços.

“Por exemplo, essa questão que ela coloca da terapia ocupacional, eu, na minha visão, acho que tem que [...] avaliar se a pessoa está evoluindo ou não no grupo. Eu tenho que ter uma ficha do indivíduo, para fazer avaliação ... Então eu acho que cada um deve ter uma pastinha, valorizar os trabalhos que eles fazem. Guardar, não é? Para ver como foi o crescimento dessa pessoa” (Secretária Municipal de Saúde).

Esta representação do trabalho com o paciente tem pontos semelhante à do trabalho escolar realizado com crianças pequenas. De fato, tanto a criança como o louco são vistos como “inocentes” que se equiparam, em muitas ocasiões. Inclusive no Código Civil.

Transições da Terapia Ocupacional

A prática inicial do terapeuta ocupacional entrevistado era hospitalar. A praxiterapia feita fora de hospital psiquiátrico transformou-se e foi desenvolvendo uma abordagem bem diferente.

“O que você tem que fazer [no hospital]? Você tem que trabalhar em cima dos sintomas deles, dando um suporte... Então eu faço até jogo [de baralho], eu jogo com eles... mostro que eu perco. Eu não sou paciente, eu sou terapeuta, mas eu perco e eles ganham. Quando tem essa visão, isso é muito bom para eles, porque a visão que eles dão é de marginalização: não produzem, são doentes... totalmente incapazes. E eu tento resgatar este potencial. E é um trabalho que eu digo *‘mais de sintomas’*, porque não tem um seguimento” (Terapeuta Ocupacional).

O trabalho com o paciente hospitalizado tem como limite o tempo da internação e isto vai marcar as abordagens utilizadas.

“Você tem que fazer aquilo ali, naqueles vinte dias, no máximo. Tentar muita conversa, passar limites, tudo ali, mas é uma coisa muito rápida. Depois eles vão embora e não têm um seguimento” (Terapeuta Ocupacional).

O que é possível, portanto, trabalhar no hospital, para o terapeuta ocupacional, limita-se por sintomas, aborda uma fase da vida (a época em que o paciente está internado) e não é personalizado (marca-se por uma impessoalidade).

“Lá eu não consigo, eu não posso fazer uma avaliação individualizada, porque - imagina - tem cento e setenta e poucos pacientes e eu trabalho, bem dizer...com todos. Aí a avaliação que a gente faz é mais observativa, é vendo como é que ele está no dia-a-dia, pedindo ajuda para a enfermagem, que eles estão mais em contato. Para a gente é [este] o critério de escolha para ingressarem nos grupos (grupos de trabalhos, operativos, de biblioteca), toda a operacionalidade da unidade [hospitalar] deles” (Terapeuta Ocupacional).

A equipe do hospital psiquiátrico do Rio Maina conseguiu, pois, organizar um plano de assistência aos seus internos em moldes de comunidade terapêutica, baseado em grupos operativos relativamente eficientes. É interessante que na comparação com o trabalho que o

terapeuta ocupacional deste hospital vai desenvolver, depois, no CAPS de Cocal do Sul, surgem reflexões inusitadas sobre os efeitos sociais do trabalho hospitalar.

“A nossa equipe lá [do hospital], e eu particularmente, eu me senti frustrado porque a clientela é de classe média para baixo. Então o que acontecia? Quanto mais a gente trabalhasse, quanto mais a qualidade do trabalho melhorasse, mais eles queriam ficar lá, eles não queriam sair e ir embora. Tem gente que pulava de fora para dentro... Tu sabes que eles nunca tiveram uma festa de aniversário? Eles, nunca. Nossa! Disto, o hospital tem tudo. Sabe lá? Tem tudo!” (Terapeuta Ocupacional).

A melhoria das condições do hospital e a criação de uma micro-sociedade ativa e festiva no seu interior gera desejos de acomodar-se por lá. O terapeuta mostra seu conflito, que é o conflito da instituição: quanto melhor o hospital, menor o desejo de sair dele; quanto melhor o profissional, menos ele prepara para a vida normal. Este paradoxo das comunidades terapêuticas para clientela de baixa renda está ligado ao etnocentrismo dos profissionais. A confusão entre normalidade do ponto de vista psicopatológico e do ponto de vista social enraíza o paradoxo. É o caso da festa de aniversário, um ritual brasileiro.

“A gente tenta colocar para eles, propor para eles tudo dentro da normalidade, uma vida normal, mas para eles não é normal” (Terapeuta Ocupacional).

Este excedente, além do normal, dentro de um mundo artificial, cercado e isolado da vida cotidiana comunitária e social estimula vínculos com a instituição. E gera decepções dos técnicos com o seu próprio trabalho, assim que eles se vejam em um ambiente mais realista.

“Frustrava muito porque pacientes que saíam [do hospital] numa sexta-feira, chegava a segunda-feira e eles estavam de volta. Era uma coisa séria isso. Porque era um trabalho que estava iniciando, em processo de estruturação. Eram pacientes antigos que antes estavam lá e não tinham nada. Começaram a ter isso de uma hora para outra. E não queriam ir embora, não é? Ir embora para quê? Para passar fome, receber maus tratos?” (Terapeuta Ocupacional).

A passagem para o trabalho no mundo aberto do CAPS, fora do hospital, serviu como lenitivo para aquela frustração e abriu possibilidades novas:

“Então, quando eu vim trabalhar aqui, parece que amenizou um pouco isso. Aqui é um trabalho mais com a comunidade, é um trabalho que a gente pode fazer mais juntos. Se dá algum problema a gente vai conversar com a família, tenta fazer um trabalho com a família também. Eles têm reuniões sistemáticas, então a gente pode fazer trocas, aqui. A gente fez trabalhos de dinâmica de grupos com eles, com os pais. Nós lançamos vídeos de todos... Fizemos grupo com expressão de afeto, de eles abraçarem[...] os pais. Aqui é muito mais fácil [...], tudo o que for feito aqui [no CAPS] tem que funcionar para a vida, tem que valer lá fora, senão é falso. Não adianta eu ficar entre quatro paredes, não vai ter sentido depois. Aqui você tem seguimento, você tem vivência, você leva eles a passear, ele têm contato com a comunidade, com as pessoas” (Terapeuta Ocupacional).

O Hospital e o Extra-Hospitalar

Entre os pacientes que freqüentam regularmente o CAPS vão se tornando mais raras as internações hospitalares. Aparentemente a agressividade é o ponto de intolerância, no convívio social. Ela é o marco da fronteira entre “precisar internar” ou não:

“Quando há necessidade a gente até encaminha para a internação. Imagina, se o paciente às vezes perde o suporte aqui dentro, imagina na família! Não é? É bem mais difícil segurar. Então, quando isso acontece, de o paciente já não estar bem, está bem agressivo com a equipe, isto é indicativo até de, quem sabe, uma internação, para ele ter aquela contenção do hospital. Enfim, para ele esbater o surto” (Médico).

Portanto, para os médicos do CAPS seguem valendo os pressupostos de que a crise psicótica algumas vezes requer internamento. Quando tudo falha, quando não há diálogo e nem rendimento de qualquer terapia, o hospital reaparece como possibilidade, agora raramente usada, de tratamento. Neste sentido, o internamento é visto como complemento e não como conflito com o trabalho do CAPS. Mas, por estarmos diante de dois paradigmas de tratamento em processo de sucessão, são inevitáveis as comparações entre eles, como se fossem concorrentes.

“O hospital é mais paternalista. A gente assume dentro do hospital, muito mais, as funções até de família...” (Médico).

O hospital estudado cumpre as normas do Ministério da Saúde. É uma instituição que ao paciente pobre “dá casa, dá comida, dá medicação, tu atendes, tu conversas, tem a assistência social, tem a nutricionista. E como a camada da população que é atendida é de baixíssima renda, ela tem muito mais coisas dentro do hospital do que em casa” (Médico). Alguns saem do hospital sob o olhar triunfante da equipe: “ele está bem, está nutrido, gordinho!” (Médico). Este paciente, se não tiver uma estrutura de atendimento fora do hospital “consegue ficar uns tempos na rua e quando volta para o hospital está magro, sujo, descuidado pela família. Então, dentro do hospital tu acabas assumindo essa atitude de proteção do paciente” (Médico).

No CAPS é diferente: “aqui tu atendes, chamas a família. De certa maneira tu cobras um pouco mais da família, uma participação, que nós não podemos deixar de lado. Em alguns casos tu chamas a família e aí a família te dá mil e uma desculpas por não conseguir dar uma boa atenção. A gente está aprendendo algumas coisas. E uma das coisas que a gente aprendeu é que tem que repassar a responsabilidade, a gente não tem que assumir, porque se tu assumes tudo, passa a ser tu cobrado por aquelas coisas. Se o paciente agrediu é por tua responsabilidade, se o paciente está sedado é por tua responsabilidade, se o paciente está barbudo é por tua responsabilidade, se está sujo é por tua responsabilidade...” (Médico).

Os profissionais que não conviveram em hospital psiquiátrico durante a sua formação, inicialmente viam aquele tipo de instituição como oposta ao trabalho do CAPS. A complementariedade é uma constatação que a experiência e o tempo trouxeram.

A secretária municipal de Saúde relata a impressão forte que ficou de seu curto estágio no Hospital Colônia Santana, ressaltando a superposição dos sentimentos gerados pela psicose com os sentimentos gerados pelo aspecto físico dos retardados mentais e dos espásticos:

“O que impressionava naquela época eram os excepcionais - acho que não era só pessoas com transtorno mental que tinha lá dentro - que comiam com as mãos. ...As pessoas muito jogadas. Tinham muitos pacientes naquela época. Era

assim, demais, nas enfermarias. Não sei se hoje ainda é assim. As enfermarias enormes” (Secretária Municipal de Saúde, Enfermeira).

Também o psicólogo chocou-se, quando estudante, com a visita que fez à Colônia Santana:

“Até então eu não imaginava... Eu saí de lá... com a visão... de que eu não estava vendo seres humanos, eu estava vendo bichos, e aí assim, eu não imaginava que um ser humano pudesse estar vivendo naquelas condições. Eu fiquei tão chocado que eu saí de lá [...] com o coração apertado, com uma dor tão grande de saber que eu... eu vi tantas pessoas naquelas condições sem poder fazer nada... Aquelas pessoas andando como zumbis... nuas pelos pátios...aquele sol torrante... mal nutridos, cheios de queimaduras do sol...” (Psicólogo).

A visão do hospício é a visão do inferno neste mundo real, assustador para um jovem estudante, capaz de marcá-lo de ideais de lutas anti-manicomiais.

A secretária de Saúde observa uma resistência que a população apresenta ao trabalho do CAPS: o desejo das famílias em promover internamentos com características asilares.

“A família... ainda valoriza a internação hospitalar porque é um meio de se livrar do paciente” (Secretária Municipal de Saúde).

Dentro da prefeitura estava clara a linha política em relação aos internamentos de características asilares para doentes mentais. O discurso anti-asilar aparece:

“Eu acho que há um processo bastante avançado na questão da desospitalização e que a família, a comunidade, tem que aprender a respeitar o indivíduo. Eu acho que não se pode encarcerar, mesmo. Na questão dos asilos também: quando eu cheguei aqui também tinha um projeto de criar um asilo e aí a gente começou a discutir em cima.[...] A gente tem esse cuidado de não rotular” (Encarregada da Promoção Social).

O senso-comum vê a asilo - o hospício - como o lugar da loucura. A solução mais simples que as pessoas imaginam para o problema da loucura é a abertura de hospícios.

Desospitalização, encarceramento, asilo, rótulo, preconceito são partes de um mesmo discurso, útil para evitar a criação de novos macro- hospitais psiquiátricos.

A problemática social e emocional da busca do asilo chega como carga e pressão aos plantonistas do hospital psiquiátrico, mais do que às pessoas que trabalham apenas no CAPS. Um controle mais rigoroso definindo critérios médicos de internação e uma ação do CAPS sobre o paciente e sua família propicia redução considerável do número de internações entre os habitantes de Cocal do Sul. Mas há casos rebeldes, os que não se deixam normatizar, como o da moça que é levada diretamente ao hospital, em surto. Encaminhada ao CAPS por ocasião da alta, não se mantém em tratamento.

“A gente conversa: ‘- A comunidade tem que aceitar esta menina!’. Não adianta. Ela vai [levada] para o hospital, fica lá uns trinta dias e volta e é a mesma coisa. Ela, na verdade, vai dar um descanso para a família e a família quer isso. Não aceita mais ela em casa. Mas os nossos mesmo, aqui, os pacientes daqui, nunca mais voltaram para o hospital” (Assistente Social).

A norma endereçada ao grupo familiar, em construção pelo CAPS, poderia ser assim esquematizada: aceitar a menina em casa, vir direitinho às atividades da instituição, evitar internações e fazer o tratamento. Há críticas à imperfeição do sistema. Elas podem nascer da possibilidade de o crítico colocar-se num ponto de vista *do lado de lá* da norma. Dirá que o sistema não é bom, pois não absorve a todos os pacientes. Do lado de cá da norma, a visão é outra: o sistema em construção está muito bom, mas há pacientes inadequados ao sistema. Logo, os “nossos” pacientes, os “nossos mesmo”, são os assíduos, vindos de famílias dispostas a aceitá-los mais. Não são “nossos” os que têm formas próprias de agir, aqueles cujas famílias se comportam com regras próprias ou sem regras. A impossibilidade de controlar totalmente a loucura reaparece, pois, em forma de mal-estar e de movimento para afastar. É algo próprio da dialética da relação com a loucura, que busca esconder-se e ao mesmo tempo se esforça para reaparecer.

O psicólogo para quem a visão do hospício foi chocante, quando puxado para fora de suas lembranças e perguntado sobre o que é o hospital psiquiátrico no trabalho da equipe do CAPS, responde, numa livre-associação, que “é amuleto, talvez”. Corrige em seguida, dizendo ser “uma opção, também, de trabalho”. Amuleto é talismã a que se atribui virtude

sobrenatural. Onde estaria esta virtude do hospital? Parece sobrenatural que uma instituição tão assustadora, tenha poderes de aliviar a ansiedade e diminuir o medo das pessoas. Estaria na sua positividade?

Diva Moreira dá-se conta de que o hospital é percebido pelos seus críticos como local precário, de confinamento e reclusão onde cotidianamente os pacientes são oprimidos e desrespeitados em seus direitos mais elementares. E afirma que “esta visão da negatividade da instituição traz implícita uma percepção da positividade extramuros” (Moreira, 1983:195). A crítica, que tem fundamentos reais e é plenamente justificada, debilita-se pela visão “etnocêntrica” dos cientistas sociais, como aponta Diva. Tal visão é fortemente orientada pelo quadro de valores próprios da classe média, da qual procede a quase absoluta maioria dos pesquisadores destas instituições.

As experiências do autoritarismo e do paternalismo estão nas vidas, às vezes como padrão dominante, de muitos pacientes: “lar ou orfanato, escola ou reformatório e trabalho submeteram-nas a um regime de restrições semelhante ao que vigora nas instituições psiquiátricas” (Moreira, 1983:196).

Mantida como opção de tratamento, a ida para o hospital psiquiátrico é dosada e regrada segundo outra mentalidade:

“O paciente vai ficar pouco tempo internado, principalmente se ele é internado por um médico daqui que também trabalha lá”. “Então, se entrou no horário em que eles [os médicos que trabalham no CAPS] estão lá, eles já sabem que são pacientes nossos. O mínimo [de tempo] que ficar, melhor”. “Nesse tempo em que ele está no hospital, na medida do possível, a assistente social vai lá, visita, até para não perder este contato” (Psicólogo).

O enigma do hospital-amuleto permanece, mas o jovem assustado se transformou, pela experiência: o problema do hospital psiquiátrico - entidade real, enraizada na vida real da sociedade - resolve-se gradualmente, julgando cada caso em separado, estabelecendo medidas. Se o hospital é um mal, deste mal, neste período histórico, não se escapa totalmente. O hospital é uma prótese que se precisa colocar, em certas situações, no vazio advindo da impotência humana para conviver com o surto psicótico.

Providência extrema, o internamento em hospital psiquiátrico é decisão invulgar, para um tempo curto. O melhor médico dentro do hospital é aquele que também trabalhará com o paciente no CAPS e que o manterá ligado ao serviço extra-hospitalar. Isto redefine, pois, a relação entre o médico e o paciente, dando uma continuidade entre o hospital e o ambulatório, que é rara no Brasil.

12. EQUIPE E SOCIEDADE

Papéis Profissionais em Equipe

O hospital é o chão dos médicos, ladeados pelas enfermeiras. O hospital psiquiátrico é o reduto onde o psiquiatra está no topo de uma hierarquia. A equipe de um centro de atenção psicossocial não tem muito a ver com as equipes de dentro do hospital. Ela foge também da imagem do profissional solitário de consultório privado. Coloca, portanto, dúvidas sobre o que é fazer psicologia, enfermagem e psiquiatria.

“No início eu achava que isso não tinha nada a ver com a psicologia. [...] Montar grupos, ficar lá fazendo cestinhas... junto com eles, [...] jogar bingo... bocha...”. “Quando seu Jaime, que é professor de música, não vem, eu entro, toco violão, toco piano. Então... faço festa com eles. Aí eu ficava pensando comigo, assim: ‘-Pô, o que tem isso a ver com a psicologia? Será que o meu lugar não era estar lá no consultório, sabe, consultando e tal?’ A psicologia é muito mais do que ficar preso no consultório. Estar junto com eles também é psicologia, cantar e ensinar, e ensinar fazer... ensinar a discutir determinadas coisas, despertar a discussão ...” (Psicólogo).

Há, portanto, uma oposição entre “estar no consultório” e “estar no meio deles”. A questão colocada é: até quando este misto de convivência e de pedagogia tem a ver com a formação e o papel do psicólogo? Há uma técnica que implique em conhecimentos de psicologia nesta terapia ocupacional por entretenimento e arte, ou simplesmente está-se fazendo o convívio humano e diversões comuns, num ambiente agradável?

Os limites entre, de um lado, a convivência social e a arte e, de outro, a pedagogia e o direcionamento, são tênues:

“...despertar a discussão, direcionar”, “fazer com que eles entendam legal todo o processo”, “atuar até politicamente com eles” (Psicólogo).

Na prática do caso estudado, este “atuar politicamente” resume-se em dizer que os pacientes devem explicar o funcionamento do serviço aos candidatos dos vários partidos, convidá-los e visitar o serviço e pedir-lhes compromisso com a continuidade do projeto. Há, contudo, uma reflexão faltante, de importância universal, do ponto de vista da epistemologia da psicologia, sobre o “direcionar” e o “fazer com que eles entendam”. Ao lançar-se nestas searas, a psicologia se torna caudatária de algo bem mais antigo que ela: o tratamento moral, da psiquiatria.

Há, perpassando todo o trabalho, uma valorização de coisas simples da convivência cotidiana. Ela se opõe ao anonimato e à anomia. Baseia-se no contato, na proximidade e na familiaridade.

Assim, um dos médicos diz que veio trabalhar na comunidade porque o trabalho anterior “não estava agradando, enquanto pessoa” e “achava que também não estava atingindo o paciente”. O que considera “especial”, na localidade em que trabalha, é “esse contato, assim, na realidade das pessoas, esse contato mais próximo” proporcionando “mais retorno do trabalho”. Conta que “muitas vezes vou à casa das pessoas, dos pacientes... Oferecem café para tomar [...] e não sou tratado só como Dr. João: ‘-Lá vem o gaúcho!’, ele falam... ‘-Lá vem o João!’”. “Naquilo que eu fazia em Porto Alegre, eu era apenas mais um”. O que faz agora, nesta cidadezinha “é coisa simples, mas dentro do simples é de muito valor!” (Médico).

Segundo a auxiliar de enfermagem, na comparação entre o trabalho no CAPS e o trabalho num hospital geral, no CAPS as pessoas se reúnem mais, conversam mais, “não tem esse negócio de fofoca. Se acontece alguma coisa, no outro dia [...] a pessoa mesma conversa, não tem essa de correr e contar para o chefe superior” (Auxiliar de Enfermagem). Vê as relações com feições mais autônomas e adultas. Contrapõe “fofoca” versus “entender-se” e “resolver às claras” versus “correr contar ao superior”.

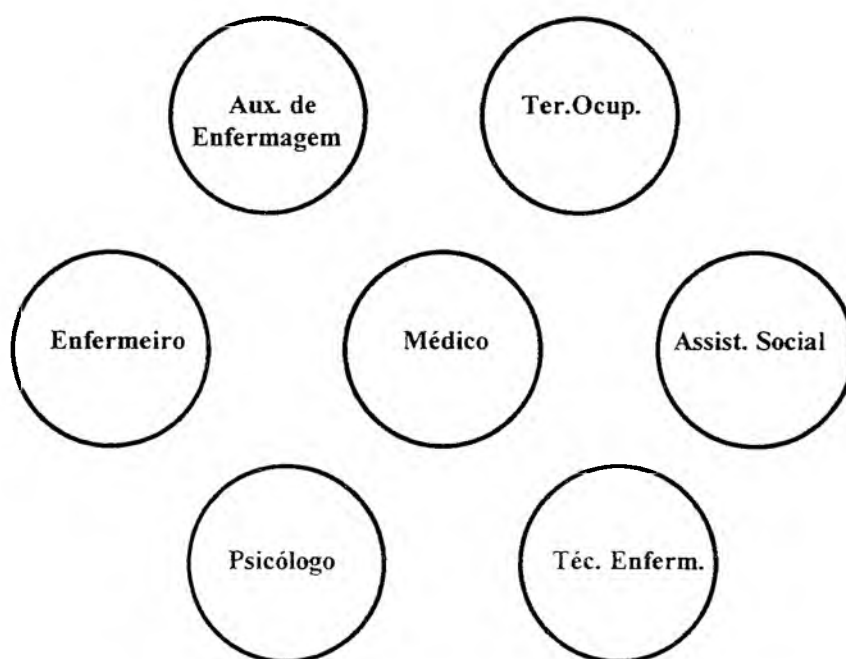
Uma estrutura organizacional assim visa a não centralização e a decisão colegiada:

“A gente procura não centralizar tudo em cima do médico”, “decidir em equipe as coisas” (Assistente Social).

Neste processo já houveram atritos na equipe: “É assim: enfermeira e assistente social, porque são muito iguais”. “Outra coisa: parece que a voz masculina fala mais alto, acho que também tem isso em jogo” (Assistente Social).

“Nunca chegamos exatamente a brigar por fronteira de trabalho, mas brigar por outras coisas, pelo manejo com o paciente: ‘-Acho que deveríamos ter feito assim’. ‘- Não, acho assim’. Mas é uma discussão crítica, uma construção de um saber, algo que pode trazer um benefício” (Psicólogo).

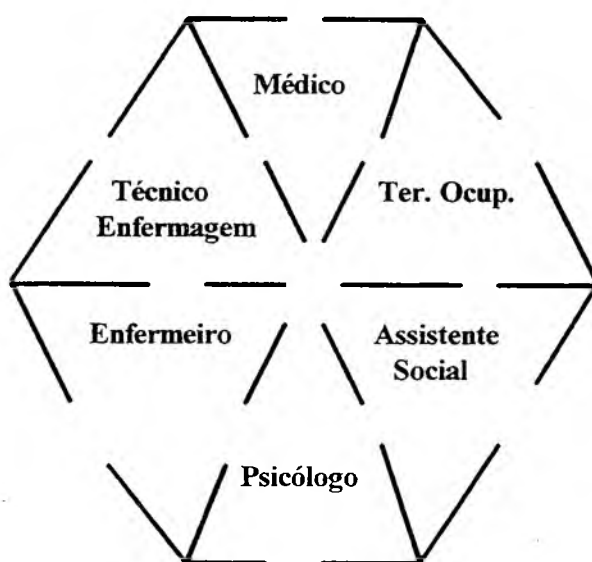
Para um dos médicos, do ponto de vista da organização, o CAPS não é um serviço “fora do convencional”, mas se caracteriza por ser “menos segmentado”. A equipe multidisciplinar é descrita como mais integrada, tendo como regra a “integração entre membros da equipe” (Médico).



“Não é coisa fácil”. “Aqui muitas vezes eu faço um trabalho de enfermeira, de assistente social. O meu trabalho como médico daí acaba se misturando bastante, sem perder a característica de médico” (Médico).

A observação do cotidiano faz pensar que a integração é mais fácil, na prática da equipe, do que dizem. O discurso pode ser possível, nos termos anteriores, em função da comparação com práticas e discursos diferentes, corriqueiros em outras instituições. Também em função da formação escolar ser segmentada.

A equipe convencional é vista então como segmentada e centralizada no médico. A equipe integrada é vista com fronteiras fluidas, menos rígidas, abertas aos colegas e às influências de fora.



Enquadrar a vida real num modelo é sempre um processo gerador de decepções, às vezes confuso. Uma das administradoras critica a falta de integração da equipe do CAPS "porque um psiquiatra tem uma linha de trabalho e o outro tem outra linha" (Encarregada da Promoção Social).

Visões individuais ou decorrentes de escolas diferentes surgem diante de pontos concretos, cotidianamente. Numa instituição com poucas pessoas, numa realidade bastante restrita, fica difícil diferenciar traços individuais e formação pessoal, de "linha de trabalho" ou de política desenvolvida. A secretária municipal de Saúde relata que um dos médicos "chama" a assistente social e "lê os prontuários" com ela, enquanto que o outro é mais fechado. Vê nos médicos a presença de um conhecimento científico que pode servir de apoio aos outros profissionais e reivindica tal apoio numa "base escrita". Acha que as relações atuais estão "muito soltas".

“Às vezes nós aqui nos questionamos se realmente a equipe está conseguindo entender qual é o seu trabalho, ...se não poderia fazer mais do que faz com esse recurso humano que a gente já tem, porque é uma equipe que seria até para uma população maior, e a gente atende uma demanda ainda pequena” (Secretária Municipal de Saúde).

Esta secretária de Saúde fez sua formação em enfermagem. As enfermeiras preparam-se, na escola, para definir rotinas hospitalares e ambulatoriais, que talvez estejam na base deste desejo de normatizar. Reivindica protocolos bem definidos, por escrito. Reclama de não ver as definições contratuais que ocorrem dentro da equipe.

A enfermeira da equipe do CAPS tem um discurso parecido. Define como “o mais difícil do trabalho” o fato de ele “ainda não ter uma linha”:

“Não sei se a gente tem que ter uma linha, mas precisa ter, formado junto à equipe, um corpo teórico de atuação, um conhecimento comum”. “É tempo de discussão de qual linha a gente está usando, qual é a forma como a gente está atuando, com que objetivo. A gente não tem muito claro. Talvez até a gente tenha claro individualmente mas, não no coletivo[...] da discussão mais formal” (Enfermeira).

Se o desejo de definir e abranger a tudo num discurso compartilhado e claro distribui responsabilidades e demarca fronteiras, ele também corre o risco de fechar-se à inovação e à criatividade. Haveria possibilidade de rotinizar o serviço de Saúde Mental como se faz com os hospitais gerais, sem cair na rigidez totalitária dos hospícios?

Num país onde o normal, estatisticamente, é não ter um corpo teórico definido, a colocação da questão da linha de trabalho, pelas enfermeiras, é um crescimento reflexivo. A questão da linha é inerente ao problema da psiquiatria comunitária, tendo, portanto, uma abrangência muito maior do que a local. Ela implica numa falta de consenso e em questões polêmicas, em nível mundial.

A enfermeira sente falta de tempo para discutir mais com todos os membros da equipe e preocupa-se em não deixar o serviço cair na reprodução do atendimento ambulatorial

tradicional. O “trabalho com grupos” e a necessidade de “trabalhar os grupos de pacientes” aparecem como a fórmula para tornar o trabalho “mais diferenciado”.

“Outro problema é que a gente não tem ainda uma estatística a respeito do que a gente está fazendo, o que a gente está atendendo, as categorias das pessoas, o que têm. A gente não tem uma análise do serviço que a gente está realizando” (Enfermeira).

A avaliação do desempenho não é entendida como avaliação hermenêutica a posteriori, mas como fruto de estatísticas. Tais estatísticas, estavam, à época, apenas começando a serem coletadas por Evander Gomes. A avaliação idealizada também dentro da prefeitura, responderia à demanda administrativa e à dúvida que a embasa:

“Eu não vejo a equipe preocupada em medir”. “Onde é que está isso, que pode dizer: ‘-Olha, isso aqui está dando certo!’?” (Encarregada da Promoção Social).

Há uma diferença entre as necessidades dos profissionais que estão no dia-a-dia com os pacientes e os representantes da instituição pública, quanto à urgência das aferições e as formas de estimar os resultados do trabalho. Para a equipe, o CAPS é uma relação cotidiana com pacientes e seus familiares. Para os administradores da Saúde Pública e políticos, o CAPS é um projeto levado à prática, precisando de confirmação. Avaliar desempenho, comparar, medir, provar que deu certo, é-lhes importante. Os dados podem dar segurança e mudar ou manter rumos arbitrariamente escolhidos ou politicamente definidos.

Comunidade, Desmistificação e Prevenção

O CAPS vive consensos com a prefeitura em relação a temas de Saúde Pública e sua administração. Porém, há pontos sem qualquer consenso, em especial os tocantes à prevenção em Saúde Mental.

Sente-se um júbilo em relação às estruturas funcionantes do SUS:

“Vou a Porto Alegre e falo do tipo de assistência que a gente tem aqui: tem postos de Saúde, tem acesso incrível, mesmo, a profissionais, a dentistas, psicólogos, a especialistas. E ainda a prefeitura banca a medicação. Geralmente o

paciente sai da consulta com a sua receita, vai lá e consegue a medicação. Eu acho que para nível de Brasil é uma coisa, assim, que até espanta os colegas” (Médico).

Para os profissionais da Saúde, este sistema público funcionando bem - raridade no Brasil - é um sonho realizado, uma surpresa inesperada dentro do Terceiro Mundo:

“Para mim, alguns anos atrás, isso era quase uma utopia”. “Você vê as pessoas contentes, chegando no local de trabalho com vontade de trabalhar. Eu acho que isso, em termos de Brasil é uma coisa rara de ver” (Médico).

A Saúde Mental, porém, tem questões polêmicas. Muitos psiquiatras formados no Rio Grande do Sul foram influenciados, direta ou indiretamente, pelo discurso de Gerald Caplan (1980) cujo eco soou mais alto no projeto de São José do Murialdo, em Porto Alegre, dirigido por Ellis D’Arrigo Busnello (1976).

“A gente está tentando desmistificar essa questão da doença mental”. “A gente está querendo[...] ir para várias comunidades da cidade aonde não foi ainda”, “a gente quer aprofundar mais [...] fazer painéis... para ver quais são as dúvidas que eles têm em relação à doença mental...”. “...Levar mais à origem do problema, porque a origem são as pessoas, a sociedade como um todo”. “Dentro disso às vezes dá uma divergência [...], nós trabalhamos com a comunidade, mas a gente quer ir, chegar o mais próximo possível, ainda, da comunidade, debater mais, desmistificar” (Médico).

Está manifesto, pois, o desejo de esquadrinhar o território para “desmistificar”.

Mistificar, no léxico, é abusar da credulidade, enganar, embair. Embair é embaçar, iludir, reduzir. Ilusão e sedução estão implicadas na mistificação, portanto. A ilusão é percepção falsa e distorcida, engano dos sentidos ou da inteligência, interpretação errada dos fatos. Sedução é encanto, atração, fascinação. Seduzir é entre outras coisas, inclinar ou induzir artificialmente ao erro.

Engano, burla, ilusão e sedução mesclam-se, etimologicamente, com a crença religiosa dos místicos - o misticismo - que se define por tendência para acreditar no sobrenatural, admissão de comunicações ocultas entre homem e divindade, devoção espiritual⁵¹.

Apesar de que o médico entrevistado tenha declarado tendências espíritas na sua fé pessoal, este é o momento em que o discurso psiquiátrico tradicional se reproduz, visando a substituição do misticismo pela visão científica, nos moldes descritos por Alexander e Selesnick (1980:28-37). No médico, a formação universitária se superpõe e se impõe sobre as possíveis dúvidas ou crenças religiosas.

Para Alexander e Selesnick, historiadores da psiquiatria, “o progresso da medicina” passa pela “aplicação de teorias psicológicas e orgânicas” e pela “eliminação gradual dos componentes mágicos dos processos tanto psicológicos como somáticos”. Para eles, sempre houveram três componentes no pensamento psiquiátrico da humanidade: a tentativa de explicar a doença da mente em termos físicos, a tentativa de encontrar explicação psicológica para as perturbações mentais e a tentativa de lidar com acontecimentos inexplicáveis por meio da magia.

Desmistificar é, pois, tirar do campo místico, num movimento de *medicalização*, com foros de ciência. Isto traz as questões: como levar a ciência ao povo? O que estamos fazendo ao tentar levar a ciência ao povo? É lícito reduzir a ciência aos termos da linguagem popular? A popularização da ciência, destituindo-a de suas características, de seu método de raciocínio, não é outra mistificação? Daí as divergências sobre como fazer esta “ida às comunidades”.

A mistificação é entendida como assentada sobre enganos, erros, concepções não científicas. Mais do que implicar em burla ou indução artificiosa ao erro, ela é vista como algo que implica na falta de esclarecimento. Seria por não ter acesso aos dados que as pessoas adotam visões místicas da doença mental:

“Uma idéia errônea que a gente tem pode passar muito pela má informação ou falta de informação” (Médico).

⁵¹ Conforme o dicionário de Bueno (1992), às páginas 736, 395, 1035 e 584.

Daí que a saída possível é de característica divulgadora, vulgarizadora do conhecimento. Enreda-se, pois numa proposta enciclopédica e pedagógica, que pode se confundir com a idéia de tratamento:

Entrevistador: “-Qual é o tratamento da doença mental?”

Assistente Social: “... (pensa)... -O tratamento da doença mental?”

Entrevistador: “-Sim. Para ti, o que seria?”

Assistente Social: “-É... O tratamento da Saúde Mental tem que ser muito... muito integral, tem que ser um trabalho integrado com a família, com comunidade e paciente. Não é? Terapias com família, com paciente, é... comunidade...”.

Entrevistador: “- O que seria terapia com comunidade?”

Aassistente Social: “-Não sei, assim... Através de palestras, colocar... colocar para a comunidade o que é, o que se pode fazer, como acontece a doença mental - não é? - o que fazer para, de repente, prevenir. Isso é um trabalho... que... tem que se fazer. Um trabalho de prevenção!”

Note-se que o entrevistador perguntou sobre doença mental e a resposta foi em torno de Saúde Mental, num discurso envolvendo os termos “trabalho integral”, “família”, “comunidade”, “palestras” e “prevenção”. Logo, a questão do tratamento desvia-se para o tema do preventivismo, que vai apresentar-se, eventualmente, em oposição à internação em hospitais psiquiátricos.

A secretária da Saúde atribui à “falta de treinamento na área do coletivo” a dificuldade da equipe em “sair mais para a comunidade”. Acha-a “meio amarrada nesta parte do atendimento, só lá dentro” (Secretária Municipal de Saúde).

A concepção de “sair para a comunidade” requer uma ampliação das funções da equipe para abranger áreas onde não existe demanda e nem sentimento de doença, onde estão as coisas normais da vida em saúde:

“ Não trabalhar só a doença em si; trabalhar com os adolescentes, trabalhar com a questão da sexualidade” (Secretária Municipal de Saúde).

Antes de esperar do CAPS tais incumbências, a Secretaria Municipal de Educação já tentara levar discussões sexológicas para as escolas, com resultados polêmicos:

“Tivemos um problema sério no passado. Teve um funcionário nosso que foi abordar a questão da AIDS num colégio estadual. E ele falou em termos [...] claros demais. Falou para os alunos da escola e daí chegou ao conhecimento de alguns pais, que acharam meio pesado, porque ele também era um adolescente, e falou como um adolescente fala. Causou um problema tão sério para nós, que tivemos que contratar um psicólogo para fazer um trabalho com os adolescentes desse colégio sobre sexualidade. Ah! Fora o movimento de pais: foi feita até uma denúncia na delegacia.” (Secretária Municipal de Saúde).

Doravante, espera-se que os especialistas do CAPS passem a ser os depositários da reivindicação que o monitor, pedagogo, leigo e adolescente, não conseguira desdobrar e nem satisfazer.

“A gente ainda não tem um projeto para trabalhar a Saúde Mental, mas eu acho que a gente poderia fazer trabalho em grupos com adolescentes: que eles pudessem obter uma ocupação durante o horário em que não estão na escola, com lazer ou esporte. Isso seria trabalhar a questão da Saúde mental enquanto a gente não tem consumo de drogas. Então em vez de eles estarem enveredando para um lado que vai trazer um problema maior depois, poderiam estar ocupados, com essa parte de promoção de Saúde Mental” (Secretária Municipal de Saúde).

Imbrica-se, pois, a idéia de Saúde Mental, com as de ocupação, lazer e esportes para jovens. Desocupação levaria a drogas. A adolescência é o alvo central desta preocupação:

“Ano passado a gente fez um curso, [...] uns trinta professores participaram. Foi falado sobre [...] desenvolvimento e crescimento do adolescente, sobre a questão das doenças sexualmente transmissíveis, sobre planejamento familiar. A gente tem um número grande de meninas que estão engravidando muito cedo. ...Se eu engravidar muito cedo eu gero um problema familiar, tanto para quem está grávida quanto para a família. A questão da AIDS: se um adolescente contrai o vírus e não estava assim totalmente informado vai gerar um problema familiar. Quem é que vai cuidar disso? É o... acaba sobrando para o município! Elaboramos um

projeto, ano passado, que não aconteceu, de usar o CAPS, com sua equipe multiprofissional, para aconselhamento” (Secretária Municipal de Saúde).

A Saúde Mental é coletiva e vincula-se à idéia de fazer grupos de pessoas:

“Eu acho que ainda falta estruturar muito, no CAPS, a questão da saúde de grupos... do trabalho de grupo” (Encarregada da Promoção Social).

“É, ai eles colocam que têm algumas dificuldades para trabalhar as questões de manejo do grupo. A gente está tentando ver o que fazer para fazer um treinamento nessa área” (Secretária de Saúde).

Este discurso encontrado contrapõe comunidade e grupo a trabalho de consultório individual:

“Um psicólogo num serviço como esse nosso, para fazer atendimento individual, não vai atingir o objetivo... dentro de uma Saúde Coletiva” (Secretária de Saúde).

O objetivo da Saúde Coletiva seria:

“...atender um maior número de pessoas, e... se eu ficar só fazendo atendimento individual eu vou fazer aquilo que já é o tradicional por aí. É claro que uma ou outra pode precisar de atendimento individual...” (Secretária Municipal de Saúde)

“Mas ela pode passar [...] pela consulta individual. [...] Então, nas próximas vezes, ao invés de atender ela sozinha, eu vou fazer uma terapia de grupo. Por que? Para poder atender a demanda” (Encarregada da Promoção Social).

Ouvindo-se estas administradoras do sistema, sente-se que há uma resistência da equipe às suas idéias sobre fazer um número maior de grupos. Detecta-se uma exigência de produtividade, por parte delas, sobre a equipe. Um terapeuta atingindo, em grupo, um número maior de pacientes, representaria mais gente sendo tratada pelo mesmo tempo e ao mesmo preço. “Terapia de grupo”, na lógica da administradora, é aquela que “atende a demanda”, que dá conta da procura. Procura, aqui, tem um sentido quantitativo e progressivo, comum nos

serviços públicos de Saúde: é um número cada vez maior de pessoas. Há aí a lógica numérica, contábil, do administrador. Mas também está aí a idealização de um método suposto como de amplo alcance e eficácia universal. Há uma crença na qualidade deste tratamento por atacado, que vai além das simples razões financeiras e estatísticas:

“...a esse grupo de terapia passo o meu problema, que não é tão grande quanto o da outra pessoa. [...] Faz uma troca... de bate-papo... leva alguma coisa para discutir, dentro da problemática do grupo... como lidar com o paciente, com o meu filho que tem esse problema psiquiátrico... Então faz um grupo de famílias para poder passar a informação. [...] Colaboração!” (Encarregada da Promoção Social).

“Eu penso assim:[...] o indivíduo chega no serviço, deve passar na primeira vez, individualmente pelos profissionais. Depois [...] ao grupo. Mas ele, durante o mês, deveria ter uma reunião para ver como é que está o estado de saúde dele, e daí passar por um atendimento individual [...] para não ficar só no geralzão” (Secretária Municipal de Saúde).

13. AFETO NAS FAMÍLIAS E DESESTRUTURAÇÃO

Afeto na Família e Desestruturação

Aos técnicos do CAPS, há momentos em que, diante de um paciente, parece que “a família é toda [...] louca”(Psicólogo). E se “a loucura é uma doença das relações” (Psicólogo), há situações em que “tem-se que tratar a família toda” (Enfermeira). Já várias pacientes vêm no CAPS “uma segunda família”. Seguramente as noções de “família” não são as mesmas.

Podemos deduzir, da leitura de Sarti (1996), sobre a moral do pobre, que à maioria dos pacientes, no seu cotidiano, ter a família como referência simbólica significa privilegiar a ordem moral sobre a ordem legal, a palavra empenhada sobre o contrato escrito, o costume sobre a lei formal. Sob Deus, um pai que provê e castiga, o universo faz sentido através de laços familiares, hierarquias confirmadas no cotidiano, dependência de redes e valores tradicionais,

num dar, receber e retribuir que não é imediato. É sobre estas famílias que os técnicos pretendem intervir.

O aparecimento dos grandes asilos, espalhados pelo mundo, afastou o louco de sua família. Esta ruptura com a geografia de origem foi acompanhada de uma cedência à psiquiatria, de direitos que a família exercia sobre o desviado. Delegar o problema da loucura à medicina foi se tornando, ao longo de dois séculos, um hábito comum. Estabeleceu-se, na cultura Ocidental, que o louco deve ser internado. Após a Segunda Grande Guerra o quadro asilar começa a se romper nos Estados Unidos e em regiões da Europa, criando-se um impasse entre as duas instituições: a psiquiatria e a família (Birman e Serra, 1988: 237). A psiquiatria quer romper o antigo pacto de exclusão asilar sem perder o poder de tratar o doente mental. Este contexto abre-se à discussão da família, como grupo patológico, muitas vezes culpabilizado, suscetível a intervenções técnicas. Justifica-se, pois, teoricamente, a busca e o acesso dos técnicos à instituição familiar. O discurso da prevenção facilita, também, o processo de intervenção sobre as famílias. Processo, aliás, visceral e secular, da história da medicina, estudado no Brasil por Jurandir Freire Costa (1979). A difusão da moderna concepção de enfermidade mental como sintoma emergente dentro de um grupo familiar patológico é fundamental para a idéia de tratamento da família.

Apesar de todos os membros da equipe entrevistada citarem a família como centro de suas preocupações e alvo privilegiado das atenções do CAPS, a discussão teórica sobre famílias aparece pouco no decorrer das entrevistas. Apresenta-se mais pobre do que as discussões dos temas anteriores. Muitas atividades interessantes, porém, são realizadas de forma empírica, sem maior teorização. Gravações para vídeo mostrando pacientes e suas famílias, reuniões para troca de experiências, expressão de afeto por abraços e toques corporais em ambiente social foram atividades inventadas com criatividade, empiricamente, bem aceitas pelas famílias envolvidas nelas e bastante elogiadas.

“...Expressão de afeto, de eles se abraçarem [...] esses toques [...] não existem no dia a dia. Os pais [...] são todos fechados”. “A gente começou a trabalhar isso aí bem sutilmente, mas está sendo muito interessante”. [...] Um trabalho, pelo menos na minha cabeça, que não envolva, não integre a família, não vai funcionar” (Terapeuta Ocupacional).

Tocam, pois, na visível dificuldade de dar carinho, nestas famílias de cultura italiana, vêneta ou trentina, isoladas, por quase um século, das facilidades e das informações do mundo urbano, em sertão brasileiro.

Com frequência as normas das famílias não são as da equipe. O trabalho constante da equipe é o de repensar estas normas à medida que as observa criticamente. Este é um processo tenso quando se trata de pacientes neuróticos.

“Primeiro a gente perguntou [aos pacientes] um a um, como é que estavam se sentindo, como é que estavam em casa. E todos foram unânimes em dizer que estavam bem. Aí, quando [se perguntou] à família como é que estava o relacionamento, muitos disseram que [...] eles estavam piorando”. “[...] É o marido [quem disse estarem piorando], porque aí a mulher fica mais independente, ela começa a fazer [...], começa a sair...” (Terapeuta Ocupacional).

A história contada pelo terapeuta ocupacional é a de mulheres dizendo sentirem-se melhores por freqüentarem o CAPS, cujos maridos as apresentam como doentes com pioras de comportamento.

Nos confins entre a psicologia e a etnologia, a equipe encontra um sofrimento ligado à cultura opressiva sobre as mulheres. Aquilo que se chama terapia, ao atualizar a mulher com um mundo em mudanças, colide com os valores do marido.

“Elas comentavam que [...] antes se situavam no processo da mulher antiga: todas as coisas boas para o marido... fazer tudo... Certo? E com esse trabalho [...] até a própria mudança de visão de mundo, faz com que elas comecem a fazer coisas por elas e deixem um pouco o marido. E o marido entende como um desabafo. Então, claro, para ele, ela está piorando” (Terapeuta Ocupacional).

Os conflitos dos casais não se resumem, porém ao machismo:

“O alcoolista também: quando ele melhora a mulher acha que ele está piorando e ela começa a piorar. Então essa relação de intensa dependência simbiótica que existe [...], essa sistemática familiar [...] dificulta. Mas também é difícil porque elas não podem vir, principalmente essas pessoas que reclamam mais...” (Terapeuta Ocupacional).

A expressão “família desestruturada” aparece várias vezes, em todos os membros da equipe. A definição de “família desestruturada” é hesitante:

“Baixa renda. A família de baixa renda...”. “...Alcoolismo na família, sem escola, sem alimentação... sem carinho entre os familiares, entre pai e filho. O pai sai para a rua, procura outra pessoa, a mãe fica sozinha em casa, tudo isso”. “Pobreza, falta de carinho, alcoolismo, onde leva a um monte de coisas” (Assistente Social).

A definição da Assistente Social nada tem de psicanalítico e pouco tem de psicológico. Mas é empírica e tem suas concisões e sua utilidade prática, vindas de uma experiência. Parece haver uma cadeia de fatos integrados, na sua concepção: pobreza, falta de acesso à educação, alcoolismo, pai ausente, sem carinho, ou irresponsável, infidelidade conjugal, solidão da mãe. Portanto, vida econômica precária, dependência química e vínculos afetivos frágeis seriam os pilares desta “desestruturação”.

A vida econômica está presente, como dificuldade aos pacientes, em todas as entrevistas feitas. A enfermeira, por exemplo, fala das dificuldades dos pacientes em se vestir melhor.

“Têm vontade de estar melhor, mas a família não tem dinheiro. A gente não consegue abordar a família em relação a isso e melhorar a própria auto-estima da pessoa [...] porque não tem como e de onde tirar [dinheiro]” (Enfermeira).

A dificuldade para comprar uma dentadura “para melhorar o aspecto” é outro exemplo dado. Também o da pessoa que tem vontade de visitar um filho que mora longe e a família não tem como pagar a viagem. Eventualmente a prefeitura ajuda em algumas destas necessidades, porém há limites reais:

“A gente poderia atuar até para melhorar a qualidade de vida das pessoas, mas esbarra na questão financeira, mesmo” (Enfermeira).

A intervenção psicológica possível se dá sobre campos mediatizados pela palavra. A pobreza material é um dos seus limites, a lembrar que seu objeto não é indefinidamente dilatável:

“A gente conversa, mas não dá...” (Enfermeira).

O que parece bem claro à equipe é que o problema mental de um membro da família não é algo separado do restante da família: ele afeta o conjunto.

“Os pais tinham uma relação conturbada com seus pais, como os avós”. “Tem um louco na família, mas a família é toda [...] louca”. “As pessoas da família olham esta pessoa como diferente: ...é o louco da família. É ele que é o louco, é ele que precisa de internação, nós não queremos ele na família!” (Psicólogo).

É no interior da família que se iniciaria, pois, a fonte da discriminação, o olhar que julga diferente: começa a criação do bode expiatório, receptáculo de projeções, alvo das rejeições.

PARTE IV. A LUA



Figura 11: A Lua, de onde se vê a Terra.

14. A ENTREVISTA DE UMA MÃE

Cenário

Acompanhados de uma auxiliar de enfermagem do serviço que assiste o filho da entrevistada, somos apresentados a ela no seu jardim. Ao saber que éramos ligados à área da Saúde, estabelece-se logo uma sensação de familiaridade. A senhora faz-nos entrar pela porta dos fundos, através da cozinha, e coloca-nos à vontade num dos três sofás da sala. A casa é de madeira, com mais de vinte anos, pintura semi-nova, um andar, com porão baixo, de alvenaria, onde fica uma espécie de despensa. Tem dois quartos, sala, cozinha, banheiro. O ambiente é limpo. Os móveis são baratos. Possui os eletrodomésticos básicos (geladeira, liquidificador, fogão a gás, televisor, rádio). Na sala há uma cômoda sobre a qual, na parede, pendem vários quadros, dando um aspecto de continuidade, como se fosse um altar. Entre o rádio, louças, fotos de família e bibelôs, uma imagem de São Jorge em gesso, colorida. Na parede, entre

gravuras populares de santos, como Nossa Senhora Aparecida, um retrato oficial do antigo governador catarinense Nereu Ramos, emoldurado. Enquanto sentamos, a senhora nos explica, como quem se desculpa, que seu filho recolheu o retrato no lixo de uma repartição pública e não permite que o tirem da parede.

Os objetivos de nossa entrevista não são os da coleta de dados de anamnese. Não há finalidades de exercício de clínica psiquiátrica, de psicanálise, ou de qualquer outra terapêutica. Daí a falta de importância dada a alguns temas que precisariam ser encarados de outra forma se a entrevista tivesse finalidades psicoterápicas. Nossos objetivos são o de contextualizar o discurso do familiar do paciente do CAPS no seu meio cultural e de identificar as representações presentes que, cremos, poderão interagir com as dos profissionais da Saúde Mental.

O Morto Vive

Ao se instalar a entrevista, logo aparece, sem que se pergunte, a presença de um morto: o marido, pai do filho. Esta manifestação espontânea parece-nos característica de uma forma de religiosidade em que a entrevistada foi criada.

Pergunta - A senhora está com que idade?

Mãe - Eu estou com setenta e cinco anos. O meu falecido marido faleceu com quarenta e seis anos.

Manter os mortos sempre presentes e contatar com eles através de rezas é um dos pilares da religiosidade dos imigrantes italianos que vieram ao Brasil. O outro pilar é a preocupação com a saúde do corpo. De Boni (1977), citado por Oro (1990:546), dá o nome de “religião popular agrária tradicional” ao conjunto de práticas dos imigrantes e seus descendentes que ocorrem paralelamente ao catolicismo oficial. Ela envolve também superstições, e crenças em bruxas (“*strigge*”, forma dialetal de dizer *streghe*, feiticeiras ou bruxas, em italiano). Sob uma ideologia da felicidade buscada na posse de terra, no Novo Mundo, e da necessidade de mão-de-obra saudável para produzir riquezas, a religião é vista, segundo Costa (1990: 532) sob o prisma da utilidade. Para este autor, o imigrante pratica

religião para “se salvar”, valor equivalente a ter saúde para trabalhar. A busca da saúde, a liberação de perigos e a oração às almas do purgatório são elementos fundamentais de expressão religiosa, com promessas e intenções de missas. Céu, inferno, purgatório e ressurreição da alma são temas que preocuparam a colônia italiana constantemente. A pessoa falecida não desaparece da família. O imigrantes “acreditavam que, por vontade divina, os mortos podiam aparecer, sobretudo se eles tivessem feito alguma promessa em vida que não fora cumprida. O tema de aparições de falecidos era muito explorado nas histórias narradas em filós” (Costa, 1990: 532), reuniões noturnas, caseiras, para conversar em família ou com visitantes. Esta forma de religiosidade popular atribui poderes absolutos a Deus: se Deus não intervém diretamente na natureza é apenas porque no momento não lhe interessa. Atribui também poderes divinos às forças da natureza. E atribui poderes aos santos, à Virgem Maria e aos falecidos. Deus poderia agir segundo as necessidades humanas, sempre que quisesse, o que instaurava uma dicotomia entre o poder de Deus e o da natureza. Assim, uma oração atendida poderia fazer parar a chuva, por exemplo, mas não os raios, caso estes não tivessem sido incluídos no pedido a Deus. O poder discricionário de Deus também é repassado, parcialmente, a outros. Assim, um inimigo morto pode fazer o mal, e um padre que abençoe ou amaldiçoe pode usar o poder divino a seu bel-prazer.

P. - Que idade tinha o seu filho mais novo quando o pai faleceu?

Mãe - Ah! Ele tinha um aninho e três meses. Não chegou a conhecer o pai.

P. - Deve ter feito falta para ele ...

Mãe - Ah! Ele pergunta sempre como é que era o pai. Botei a foto do pai aqui e eu dizia que aqui não tem, mas no túmulo dele tem, tem até a foto dele. Mas ele vai, sempre. Ele sabe já ler.

A tentativa de simbolizar o pai pela gravura nasce de uma realidade triste: na sepultura não está só a foto, mas o corpo decomposto. O pai que hoje só se tem no túmulo, poderia ter sido simbolizado, da mesma forma como a leitura é simbolização capaz de trazer o ausente ao aqui e agora. Ir ao cemitério, para este filho, não é encontro nem reencontro. É busca sem outro resultado, talvez, do que a reverência ao que não existe, ao que não tem forma nem corpo. É buscar o que a mãe busca, mas sem saber o que seja.

Mãe - Ele estava lá na Colônia [Santana] e surgiu este CAPS ali, então o vice-prefeito mandou buscar ele, porque tinha que ficar aqui. Tinha o CAPS, tinha médico, tinha tudo. Porque é do lugar, né?

O aparecimento de um serviço municipal de Saúde Mental induz a pensar em novas regras que antes não existiam, vigorando por trás dele: por ser “do lugar”, isto é, desta cidade, doravante teria que ficar aqui para tratar-se. E isto é bem inteligível, pois agora há recursos locais. Neste momento o raciocínio é geográfico e não contrapõe tratamento em regime sequencial ambulatorial, em si, ao tratamento eventual hospitalar.

P. - A senhora acha que depois que começou a funcionar, o CAPS ajudou bastante para ele?

Mãe - Um ano ajudou bastante. Ele não parecia ... Ajudou mesmo bastante. Mas depois...

Aquilo com que o rapaz “não parecia” fica oculto na frase. É possível que quisesse dizer que não parecia doente, ou perturbado mental, ou pessoa de condutas bizarras.

P. - O que mudou mais nele, depois de criarem o CAPS ?

Mãe - Não sei se ele não tomava o comprimido certo, não sei se ele tomava ou talvez jogava fora, porque dava crise a mesma coisa e ali eles dizia que nós não sabia dar o medicamento certo, aqui em casa. Então os meus filhos e até eu disse assim: “-Então nós vamos comprar os medicamentos e levamos lá no CAPS e ele vai lá em cima tomar”.

As dificuldades para entender as razões de uma melhora apenas parcial e temporária foram se associando à idéia de não adesão ao tratamento. O problema, que sempre existiu em maior ou menor grau, passa a ser visto como algo que tem a ver com o remédio e com a falta de disciplina para usá-lo. De qualquer modo, o valor do remédio não é contestado em momento algum. Provavelmente, pela experiência direta dos seus benefícios tranqüilizantes. O que parece ter magoado é alguém ter dito que os de casa não sabiam dar o remédio.

P. - O que é que as pessoas dizem da saúde de seu filho? Os vizinhos, os conhecidos...?

Mãe - Eles até ficam assim...mas como é que pode ? Mas ele é inteligente que precisa só ver! Eu não faço pra ... Ele é inteligente! E quando que dá a crise, aí meu Deus do céu ele chega até tirar... Esta última crise então... Não é toda a crise que ele tira a roupa, mas esta última crise ali, que agora está no hospital do Rio Maina, ele tirava a roupa aqui em casa , eu disse para ele (o nome dele é Manso, eu chamava de Mansinho): "-Mansinho, ai que vergonha, não é? Por quê?". E ele: "- O que é que tem ?". "- O que é que tem?", eu disse, "-A vergonha, sim". Então eu ficava quieta, né ? Se deitava ali no sofá , assim. E o rádio ali, que ele tem, de alta voz, dia e noite, dia e noite, dia e noite de alta voz . Ele chegava a ligar a televisão, tudo junto, era um barulho, um barulho.

O seu estado intriga: “ -Mas como é que pode?”. Não é um retardado e suas atitudes não se dão por déficit de inteligência, reconhecidamente. Mais do que o orgulho de uma mãe, a constatação de inteligência, que deixa os vizinhos admirados, é um dado sobre Manso compartilhado por várias pessoas. Faculdade de compreender e aptidão para captar relações, ato de interpretar, exegese: eis a inteligência no dicionário (Bueno, 1992:609). Na vida cotidiana, inteligência é coisa que se define por si, é conceito primitivo, empírico e popular. Não é tema que o vulgo tenha tomado emprestado das ciências. As ciências, aliás, têm tido dificuldades para conceituar inteligência.

Sem eficácia na transmissão dos conceitos maternos sobre a vergonha, o diálogo relatado termina com o calar e o consentimento, debilitado de poder, da mãe. Ao silêncio dela, seguem-se as vozes sem corpo, incontroláveis, monologais, que correm o mundo, em ondas invisíveis, qual alucinação auditiva da humanidade eletromagnetizada. Manso é antena que capta os discursos não mais com a aptidão comum de captar relações: faz a sua exegese a partir de um mundo que lhe chega em cacos independentes, sem pai que possa juntá-los.

P. - Ele saía muito de casa ?

Mãe - Dia e noite. Dia e noite. Quando ele está com crise, né? Ele não dorme. Ele não dorme, não dormia um segundo. Eu disse: “-Que vergonha!”. Ele me chamava nome.

“Chamar nomes” é expressão popular que significa dizer palavrões, dizer palavras de baixo calão, ofender, praguejar.

P. -As pessoas as vezes fazem brincadeiras com ele?

Mãe - Pois é. Eu não sei, né ?

P. - A senhora já viu isso alguma vez ?

Mãe - Não. Então eu não vi, né ? Mas tem gente que diz: “- Será que os outros debocha dele assim ?” Muita gente diz assim: “- Não! Eles gostam do Manso. Os jovens, lá, tudo gosta dele”. Tudo gosta de nós. Agora, não sei, porque eu não acompanho. Eu não posso. Nessa idade eu não posso andar por ali com ele, né ?

Com o Demônio no Corpo

P. - Que tipo de coisa as pessoas dizem sobre este problema dele?

Mãe - Até esta última vez diziam: “-Mas que coisa, mãe! Parece até que o Manso tinha o demônio no corpo !”. Precisa só ver como é que ele fica! Não é toda a crise igual. Esta crise última, o outro dia, era diferente. Eu escutava ele ...

O tema desta conversa é clássico. Há pessoas que trazem à baila, diante dos familiares de Manso, o tema da possessão demoníaca. Platão menciona um tipo de loucura sagrada a que chama de telestática ou ritual: é aquela comum no culto a Dionísio, deus que leva as pessoas a se comportarem como loucos, segundo Heródoto (Pelbart, 1988: 18). Nas várias formas deste culto, como em todas as formas de mania na Grécia Antiga, o louco está possuído por um *daimon*, isto é, por uma força que o torna um campo de presença divina. A cura implica na reconciliação do sujeito com a divindade que o molesta, através de um ritual paroxístico, em que a perturbação não é totalmente expulsa, de forma que o “curado” se torna uma pessoa íntima do deus e apta a reconciliá-lo com outros “possuídos” (Pelbart, 1988:19).

P. - Alguma vez lhe aconselharam levar a alguma destas igrejas que espantam o demônio ?

Mãe - 'Tamo indo agora.

P. - Qual é a igreja a que a senhora vai ?

Mãe - A igreja Universal [Risos]. É a minha filha. Ela disse:

“-Experimentamos todos os médicos, é sempre a mesma coisa”.

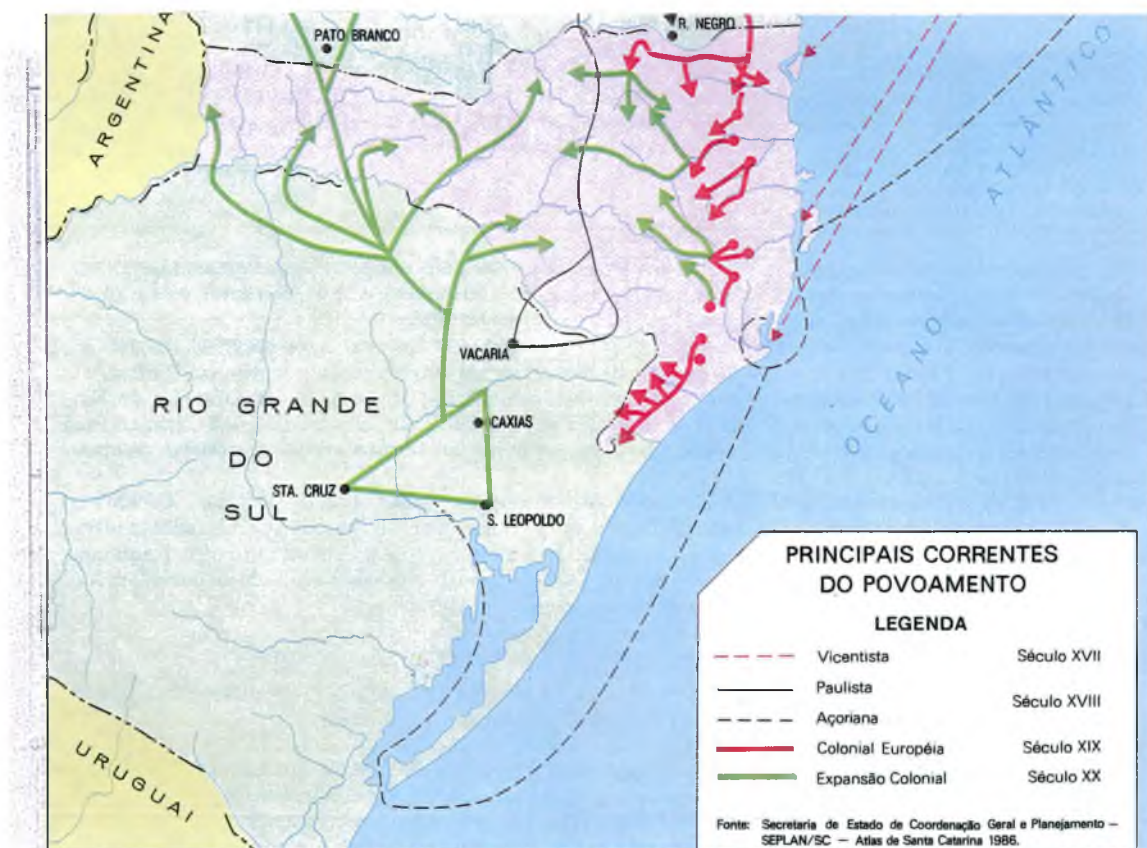


Figura 12: Povoamento e Colonização de Santa Catarina.

O serviço oficial de saúde é apenas um dos vários lugares a que os pacientes e seus familiares recorrem na busca de soluções. O cliente experimenta tanto os serviços do médico quanto o de igrejas, curandeiros, rezadeiras, adivinhos, charlatões.

Como na religião popular tradicional dos imigrantes a saúde temporal é um dos polos de preocupação, não é estranho que um problema como este seja levado a uma igreja pentecostal. Oro (1990: 549) relata, entre os descendentes de colonos, um descontentamento com a Igreja Católica oficial, urbana e posterior ao Concílio Vaticano II, por ela lhes parecer burocratizada, racional e distante da fé agrária em que cresceram. A perda do aura de mistério, a mudança da linguagem litúrgica, a diminuição das imagens, o abandono das devoções tradicionais (bênçãos, procissões, novenas, batinas, etc.) fizeram do catolicismo “uma religião sem graça”, que “não toca mais a gente” (Oro, 1990: 550).

Mãe - Experimentamos até outra coisa, sabe? Experimentemos levar. Os outros que me ...

P. - Que tipo de outra coisa ?

Mãe - Assim ... [mostra-se envergonhada].

P. - Espiritismo ?

Mãe - Não. Espiritismo, ainda nós não levamos. Não!

P. - Não levaram?

Mãe - Assim, benzer ele. Assim, essas coisas, sabe, né ? Então eles dizem que é um encosto que ele tem, encosto. É macumba que fizeram para ele. Ele tem a Pomba Gira.

A palavra “espiritismo” aplica-se, comumente, à doutrina kardecista. No discurso em tela, nada tem a ver com a umbanda. Esta, que discretamente não é citada, apresenta-se sob o eufemismo “benzer” e se associa à idéia de “encosto” e de “macumba”. Macumba é nome muitas vezes tido como pejorativo, em ambientes católicos e de descendência italiana, usado no sentido de feitiçaria e bruxaria. Equivale, muitas vezes, a quimbanda, a qual se dedica aos trabalhos “para o mal”.

Parece ser mais fácil falar abertamente da Igreja Universal, que é nova e não desperta estereótipos e preconceitos populares, do que da umbanda, que foi adversária nunca bem conhecida e sempre combatida pelo clero católico de origem italiana. A macumba não é negada nas igrejas pentecostais, como a Universal, que se propõem a desmanchar seus efeitos maléficos, pelo poder da oração e da fé. A idéia de levar alguém à umbanda “para benzer” nivela a mesma a outras tradições culturais brasileiras de benzimentos, e inclusive a benzimentos de tradição italiana.

O Giro em Busca de Cura e a Pomba Gira

Mãe - Ele tem a Pomba Gira, botaram a Pomba Gira, botaram um gay. Então eu disse: “-Tem cura ?”. “-Tem cura! Mas tem que ter tempo, porque já faz muito tempo que ele está assim. Você tinha que procurar antes!”. Tinha que procurar ... mas até agora ninguém conseguiu ...

A cosmovisão umbandista preserva divindades africanas, abaixo de Oxalá, o deus supremo, chamadas orixás. Os orixás não encarnam. De seu mundo astral relacionam-se a domínios da Terra. Têm muitas entidades espirituais ligadas a eles, divididas em linhas que se subdividem em falanges, todas com atributos básicos ligados ao orixá. O mundo é pensado em três domínios: o da *natureza*, onde atuam os caboclos, o mundo *civilizado*, onde atuam os pretos velhos e as crianças e o mundo *marginal*, onde atuam os exus, ou povo da rua. Enquanto os caboclos são índios selvagens, independentes e briosos, os pretos velhos são domesticados, paternais e humildes. As crianças são irreverentes e travessas. Os exus, desobedientes e malandros. São o avesso da ordem. A Pomba Gira é a versão feminina do exu, figura de mulher ligada à prostituição e à experiência do convívio da rua. Tem uma ambigüidade moral, podendo abrir caminhos, isto é, resolver problemas, justamente por não se

frear diante de barreiras morais. A Pomba Gira, que representa as coisas reprováveis na sociedade, no terreiro é objeto de admiração. É preferida de muitos fiéis e é louvada. O poder dela inverte a razão social, a moral e a ideologia dominantes.

P. - Mas ele não tem jeito de gay. Ou tem, às vezes?

Mãe - É, mas tem vez que ele diz para mim: “- Mãe, sabe que eu gosto de homem?”. “- Você não me fala!” Ai, eu tenho até medo de falar nessas coisas. Eu disse: “-Você tem é que gostar de mulher, mas não de homem!”, assim, sabe. Então tem vez que dá crise, então ele gosta de mulher e tem vez que ele gosta de homem. Foi a essas que nós fomos, assim, à consulta, com essas coisas, desde que botaram a Pomba Gira nele.

Consulta é o momento do ritual umbandista em que o público presente à sessão se dirige à “gira” (espaço sagrado onde os médiuns giram a fim de receber as entidades espirituais) para conversar com as entidades de sua preferência, encarnadas no corpo de um médium.

P. - Aonde é que a senhora levou ele? A Criciúma ?

Mãe - Ah! Levamos em tantos lugares, em tanto lugar. Em Criciúma também, numa lá em Jaguaruna, até num centro de Porto Alegre. Ficamos lá quinze dias.

P. - Ficaram quinze dias lá, para ele poder freqüentar ?

Mãe - É. Ela que disse [sugeriu], aquela que fazia aquelas coisas. Então ele ficou deitado, sete dias, com um pano branco na cabeça, no centro. Morando dentro do centro. Lá, sem levantar, nada. E quando era para ele ir ao banheiro, ela, aquela que curava ele, ia levar. Mas todo com lençol branco em cima.

P. - Lá, ele se sujeitou ? Ele acreditava que ia ficar bom ?

Mãe - Se sujeitou. Ele acreditava, mas agora ele não quer mais saber de nada.

A ação mágico-religiosa da umbanda não visa o indivíduo na sua maneira de ser ou no seu comportamento, mas visa controlar as forças ocultas que desordenam o mundo e a vida cotidiana. Na umbanda, as entidades espirituais são boas e más ao mesmo tempo, muitas vezes vivendo em ambivalência e em rivalidade. Seus impulsos, seus erros e seus desejos fazem da vida um palco de guerra onde o ser humano aparece como uma vítima do combate entre o bem e o mal. É no corpo do indivíduo que se realiza este embate transcendente e é neste corpo que as forças malignas terão que ser controladas. A doença aparece neste contexto como um momento em que as forças maléficas predominam sobre o bem (Montero, 1985: 137). O ritual esforça-se para localizar essas forças insinuadas no corpo desprotegido, dominá-las e expulsá-las. Por isso identificar o espírito que se intrometeu no corpo é parte importante do ritual, para se saber quais as suas razões ao trazer o tormento à vítima.

Os rituais, segundo Montero (1985), ou visam o corpo doente (exorcismo) ou visam diretamente as forças espirituais por neutralizar sua ação (adorcismo). Os de exorcismo são os trabalhos de “desobsessão” (em que o médium, em transe, puxa para seu corpo a força maléfica e a descarrega em outro lugar), e os “passes” ou “benzeções” (gestos ritmados sobre partes do corpo visando alterar as más influências que o habitam, eventualmente acompanhados de “defumações” por incensos, cachimbos ou charutos e de “banhos de descarrego” feitos a partir de receitas com ervas protetoras, dadas por entidades protetoras). Os rituais adorcistas tentam atrair forças benéficas para o corpo do paciente através do “desenvolvimento mediúnico” (que tornaria a pessoa apta a controlar em seu corpo a força dos espíritos), da ingestão de “chás”, “garrafadas” (de ervas e cachaça), e “água fluidificada” (água benzida por entidades de luz), de práticas de irradiação que visam passar energias positivas ao paciente, e de “obrigações” ou “despachos” (atos a serem realizados ou oferendas de comidas, bebidas, velas e outros materiais a entidades, em encruzilhadas de ruas ou cemitérios, para anular feitiços e apaziguar a maldade dos exus).

Freis Xamãs e Benzimentos

Mãe - Então, disseram assim que em Porto Alegre tinha um frei muito bom , não que ... dá missa, reza missa e tudo e até foi uma amiga dele que indicou. Ela até me disse para mim: "- A senhora vai levar lá em Porto Alegre". Também a minha irmã foi lá. Minha filha telefonou para lá, que ele tem ajudante também. Então a ajudante disse assim para minha filha: "-Ah! O frei está passeando agora, este mês ele está de férias, está passeando, mas o mês de março ele já atende". Então ela disse: "-Me reserva uma vaga para nós, para meu irmão, 'tá, querida?". "Espera que eu vou ver na agenda se está lotada, quantas pessoas tem." A agenda estava tudo lotada. Então disse assim: "-Mas pode deixar que eu vou dar um jeito. Vou dar um jeito para ele vir. Se alguma pessoa falta, pode vir. Eu vou telefonar. Se alguma pessoa falta, a vaga é tua, para o teu irmão". Até agora ela não telefonou.

Este outro endereço de cura demonstra também largo prestígio, pela sua agenda cheia, e tem suas raízes na religião tradicional popular. Figuras carismáticas menos famosas do que Padre Cícero e Frei Damião, exercem seu fascínio em vários pontos do Brasil. Apesar de que, de modo geral, estes guias religiosos não sofrem transe ou "estados alterados de consciência" no seu contexto ritual, não deixam de exercer, sobre setores de nossa sociedade, um papel muito semelhante ao dos xamãs. A palavra xamã vem da língua siberiana tungue e indica pessoas bizarras na sua sociedade, que através de um aprendizado secreto acumulam poder místico, em geral pelo transe. Na Sibéria a vocação xamanística se manifesta através de uma crise psicótica ou de uma doença grave que causa uma mudança de "pessoa" (Langdon, 1996: 14). No Brasil, sua forma mais pura é a da pajelança, entre índios. É fenômeno etnológico bastante comum, e desconhece fronteiras, tanto nacionais quanto tribais. Apesar de que a categoria "xamã" perdeu a sua especificidade através do tempo, virando conceito flexível e impreciso (Langdon, 1996: 11-13), ela evoca uma mediação entre o cotidiano e o sobrenatural através de um agente mágico. Os xamãs e seus sucedâneos têm, nas fontes da sua cultura e na psicologia dos grupos, as origens de seu poder. Expressam, de forma hipnótica, temas do sistema cultural em que vivem e desempenham papéis socialmente importantes, não só nos ritos de cura como na interpretação e reprodução de mitos e representações sociais.

P. - Por que é que ele parou de ir à escola?

Mãe - Ele é inteligente que pelo amor de Deus! Quando começou ele era nervoso. Ele estava de férias e eu tinha uma filha, que mora lá no Turvo, casada, mas agora mora aqui, e ela foi lá em casa e disse - Mãe, agora que o Manso está de férias a senhora não deixa ir comigo, - lá no Turvo? no tempo que ela estava casada. Eu disse: - Se ele quer ir pode ir, eu disse - pergunte para ele. Então ela foi perguntar para ele. Aí ele foi e dali a oito dias que ele estava lá no Turvo, recebemos um telefonema ou telegrama, não sei, que ele estava mal, que era para nós ir para lá. Nós não sabia o que é que era. Nós fomos já. E ali que chegamos na casa dela , não tinha ninguém. Perguntamos para os vizinhos se sabiam aonde é que estava a minha filha. A vizinha disse que estava no hospital do Turvo com um irmãozinho. Não sei o que surgiu . Nós se mandamos já, no hospital. Chegamos lá no hospital, então se apresentou a madre, sabe, a freira que manda no hospital. Não sei como é que se diz. Aquela que manda lá, tudo de preto, parecia até um padre, com uma coisa na cabeça, assim... . Eu perguntei para ela, e então ela disse assim: "- Você é a mãe daquele mocinho que entrou aqui ontem ?". Eu disse: "- Sou, sim. E como é que ele está ?". Ela disse: "- Venha aqui, eu quero falar particular com a senhora!". Ela me levou no corredor, bem lá embaixo, nós duas só, porque tinha meus filhos também. Então ela disse: "- O caso do seu filho, não é para médico, não!". Eu disse: "-Não é para médico?". "Não! A senhora procure outra coisa!" Eu disse: "- A senhora acha que é isso ?". "-Não que eu acho. É porque é!" Ela ficou meio braba: "- Não que eu acho, por que é, procure outra coisa !".

P. - Ela não disse qual outra coisa ?

Mãe - Não. Eu fiquei assim, não sei como. Eu devia de perguntar. Outra coisa eu acho que era para levar em algum lugar de benzer, eu acho. E ela ainda existe, esta freira. Agora não esta mais no Turvo, ela está lá em Braço do Norte.

A psiquiatria ainda não chegara ao local, nesta época. A aliança entre a Igreja Católica oficial e a medicina entra em crise diante do transtorno psiquiátrico. A mãe das irmãs que trabalhavam no hospital diz que o “caso não é para médico” e manda procurar “outra coisa”. Talvez pela experiência prática, diante de outros casos que não tiveram melhora pelas artes dos clínicos gerais das aldeias interioranas, talvez por uma crença na possessão demoníaca, ou por outro motivo qualquer, a freira deixa uma dúvida, um espaço vazio, na cabeça da mãe do paciente, que poderá vir a ser o espaço da umbanda, “o lugar de benzer”. A atitude da religiosa confirma a sensação de que há uma perfeita continuidade entre o catolicismo e a umbanda, desde que a umbanda, não falada, fique nas entrelinhas. Ela é vislumbrada no fim de um longo corredor, “bem lá em baixo”, nos sussurros de duas mulheres, longe de todos, até dos filhos.

De Virgem, Desde a Adolescência Aluado

P. - Que idade ele tinha quando deu esta primeira crise ?

Mãe - Não me lembro mais, bem, bem, se ele tinha ou doze ou catorze anos.
Não tenho mais recordação. Tinha doze ou treze anos, por aí .

P. - Manso nasceu quando ?

Mãe - Agora, ele tem... ele tem 36. Ele é Virgem, signo de Virgem. Eu escutei primeiro no rádio. Eu escuto tudo, me parece. Eu gosto de escutar para ver se ele está melhorando lá no Rio Maina, como é que ele está. Talvez não é nada disso, né ? Mas sabe... né?

O horóscopo, mitologia de nosso tempo, resíduo do mundo ptolomaico avivado por uma transfusão de mídia, está diariamente nos programas de rádio e nos jornais. Nele, o peso do destino cai sobre o trivial, sobre a rotina. O que os astros propõem pelo horóscopo, em termos de comportamento humano, não pretende perturbar a vida de forma intensa. “Esta astrologia é uma teologia prudente”, que não exclui o livre-arbítrio, diz Roland Barthes (1978:107). Esta forma mágica de contatar o que está à distância, de “ver se ele está melhorando”, de “saber como ele está”, se dilui numa descrição nunca singularizada do cotidiano, dada pelo horóscopo, que aparenta não comportar compensação onírica. “Serve

para exorcizar o real, nomeando-o”: objetiva o real, sem desmistificá-lo, como o faz a literatura, analisa Barthes (1987:109). A astrologia era uma forma de intervenção psicológica, durante a Antiguidade, que nunca desapareceu. O horóscopo do rádio e do jornal é o seu resquício e a sua massificação.

P. - Notou se ele piora conforme os astros do céu?

Mãe - Sim, notei. É quando que a Lua parece, não sei se é minguante ou crescente. É pequena assim... Então dá crise. Conforme. Por quê ? É da Lua também ? Nós já falamos isso em casa, entre nós. Já falamos. E quando começa a crise, nós já notamos, antes de ele ficar bem agitado.

Em 1525 Gil Vicente usava palavras como tomado-da-lua e comido-da-lua, equivalentes a aluado e lunático, conforme o comentário de Câmara Cascudo (1987: 169), para quem o povo, tradicionalmente, considera a loucura resultado de causas traumáticas ou da influência lunar, um diagnóstico universal e milenar.

A Lua tem suas quatro fases. Talvez aí resida a analogia com o psicótico. Pessoa “aluada”, o lunático varia no seu humor e nas suas idéias, tem fases, tem crises temporárias. A noção que fica é a de periodicidade, ciclicidade, instabilidade variável no tempo. Cheia, minguante, nova, crescente. O tema da ciclicidade relaciona-se mitologicamente com a Lua. Também na loucura existem os polos variáveis, cíclicos, transitórios, nas oposições do transtorno afetivo (mania cheia, que mingua até a depressão para depois, em crescente voltar a encher), nas duas formas de catatonia (furor e estupor), nas formas da hebefrenia (o inocente infantil e o animal furioso), na esquizofrenia simples (o errante das estradas e o retraído caseiro que vive em seu quarto), na gangorra da relação entre o sádico e o masoquista, na labilidade emocional da histeria.

Para muitos astrólogos a Lua simbolizaria a necessidade de a pessoa sentir-se certa a respeito de si própria, de se sentir bem consigo mesma, o anseio de sentir apoio interior, a sua maneira de reagir espontaneamente. Os signos, na astrologia, ligam-se aos quatro elementos (fogo, terra, ar e água). Signos de um certo elemento, onde a Lua se encontra, para os indivíduos, mostrariam como eles reagem instintivamente, ou por necessidade interior, a todas as experiências. Quem tem a Lua em touro ou capricórnio é de reações calmas. Lua em virgem gera reações nervosas (Arroyo, 1993:151).

Não se precisa pensar como os astrólogos e nem elocubrar sobre as influências da gravidade e do magnetismo sobre os corpos biológicos para entender o quanto as influências astrais estão incorporadas nas crenças do cotidiano. Há discursos constantemente repetidos sobre a influência da Lua sobre as marés e sobre o crescimento das plantas, e por analogia, sobre o crescimento dos cabelos, e sobre o que está dentro das cabeças.

P. - O que é que a senhora nota ?

Mãe - Eu noto que quando ele começa, antes de ele ficar com a crise, ele vai, ele junta rodinha de caneta, mudinha de flor para cá e para lá... Ele sai, vem em casa, planta... e mudinha de eucalipto... Ele planta, flore.

O início da crise é notado pelos detalhes de seu comportamento. A obsessão por plantas faz pensar num retorno afetivo ao passado rural, à infância na roça, aos tempos em que havia muitas florestas, sem a marca da vida urbana e industrial.

Mãe - Deus nos livre se a gente vai arrancar aquela flor. Essas coisas aqui foi tudo ele que plantou. Estas coisaradas aqui. Então, sempre mais, sempre mais, sempre mais agitado, até que ele fica agitado mesmo. Aí quando ele fica agitado mesmo, ele nem come mais. Ele sai dia e noite. Dia e noite ele está andando, né ? Então à noite ele vai no lixo, por ali, na praça, no lixo, e come casca de banana. Aí, que tristeza! Tudo o que tem no lixo ele come. Olha que coisa, não é ? Ele não come a comida de casa, deixa a comida ali. Porque eu deixo a comida sempre pronta, sempre pronta. Na hora de ele vir embora e eu digo: "Vou fazer cedinho!". Ele tem de tudo, do bom e do melhor em casa!

Semear, plantar, proteger o verde, florir: a fertilidade da vida é encontrada na concretude do reino vegetal, como que burlando e compensando a aridez de seu simbólico.

Atividade, perambulação, insônia, rejeição do alimento preparado em casa: atos de intensidade progressiva, que terminam no ato escandalizante de comer lixo. No auge do surto psicótico cria prejuízos:

P. - Ele já internou lá em Florianópolis ?

Mãe - Em Florianópolis foi uma vez, em que ele quebrou toda esta casa aqui. Ele foi no manicômio judiciário.

P. - Como é que foi para o manicômio ? Foi o juiz que mandou?

Mãe - Foi a polícia. Mas foi gente que foi no juiz. Ele quebrou tudo. Janela, vidros, tudo!

P. - Ele incomodou vizinhos ?

Mãe - Não. Só palavrão. Assim, sim. Palavrão, eles dizem. Mas eles [vizinhos] parece que têm raiva da nossa família. Eles têm raiva da nossa família.

Se ao início da entrevista “tudo gosta de nós”, diante do relato do surto surgem vizinhos que têm raiva da família e pessoas que foram ao juiz para se queixar do comportamento de Manso.

P. - Ele puxou por quem ?

Mã - Ele parece que tem o sentimento do pai.

P. - Em que ele é parecido com o pai ?

Mãe - Quando ele está com crise ele troca a fisionomia. Ele troca conforme a crise. É diferente!

P. - Troca a fisionomia ?

Mãe - Sim. Troca a fisionomia, parece que não é mais ele. Até na fala .

P. - É parecido com quem ?

Mãe - Ah! Tem vez que é parecido com o pai. Tem vez que ele é parecido com gente estranha, tem uma fala diferente. Eu disse: “Mansinho, tu foi estudar aonde para saber tudo isso, esta sabedoria que tu tem?”. Porque ele sabe explicar tudo, tudo! É, ele diz: “- Eu sou inteligente, vocês é que são bobos. Eu sou inteligente. Porque se eu vejo na

televisão que passa isso ou aquilo, eu sei o que é!”. É tudo isso. Ele é inteligentíssimo, precisa só ver.



Figura 13: Rosto de Deus, segundo Michelangelo

Alterações da mímica, troca de fisionomia, repetição de movimentos há muito já atrofiados, ruptura das comportas do fluir ideativo, taquipsiquia, exaltação dos sentimentos de tensão, de excitação e de agrado, loqüacidade, logorréia, alterações nas associações das idéias: o que a psicopatologia clássica pode ver passa aos olhos não treinados da mãe como manifestação de saber, de inteligência. Intriga, não só a ela, porque não é um saber do ego. É um discurso que corre por si, mostrando vida e regras próprias. Não foi estudar em lugar algum para ter esta sabedoria que tem. Trata-se de um saber que não se sabe e que não foi aprendido. Estaria aqui, talvez, o lado sagrado da loucura, pelo qual a Antiguidade a colocava como intermediária dos deuses?

Esta inteligência anunciada com cores de onipotência, contrastante com a bobeira dos outros, exerceria uma atração de efeito poético ou místico sobre o mundo comum, saturado de mesmice? É isto que a metáfora da língua de fogo descendo em Pentecostes quer abarcar?

Seria esta a expressão laica e popular da inspiração pelo Espírito Santo, da possessão, do encosto, da mediunidade?

As Igrejas e o Experimental de Tudo

P. - Os padres alguma vez disseram alguma coisa sobre o problema dele?

Mãe - Eu fui. Até que eu posso me arrastar eu me arrasto, vou à procura! Eu fui até lá em Florianópolis, no seminário daquele que é mestre dos padres. Um altão, bem gordo. Diacho! De Biasi, parece. Tu imagina, né? Até falar no seminário dele eu fui .

A romaria da mãe, em busca de uma explicação para a psicose, e de um saber dos outros sobre seu filho, não dispensa a voz oficial da Igreja:

Mãe - Então ali tinha uma reunião dos padres. [...] Tinha o guarda lá embaixo e eu perguntei se era ali que morava o padre.[...] Ele disse que “hoje” tem reunião com todos os padres. Então estava no corredor um tal de Normando e ele disse: “- Ah! Está aqui a senhora, meu Deus do céu !”. “- É, eu quero falar com o padre. “-Mas ele está em reunião!”, ele disse. [Saiu da reunião.] Ele me conhecia. Ele disse: “ -Meu Deus do céu, quem foi que lhe trouxe aqui? Acho que foi Deus que trouxe a senhora aqui!”. Eu disse que achava que sim, pois eu não sabia aonde, até que eu cheguei aqui. Mas ele fez um gosto, fez um gosto que eu fosse lá e queria que eu ficasse lá, para dormir ali, para ir o outro dia. Eu disse não: “- Nem que eu viaje à noite, padre, mas eu vou”. E era chuva! Então eu falei para ele se ele podia ir visitar o meu filho lá no São José , porque ele estava no Psiquiátrico São José .

P. - Ele internou no São José, na Colônia Santana e no Judiciário ?

Mãe - Sim, uma no São José, duas na Colônia e uma no Judiciário porque ele quebrou tudo aqui. Então ali ele [o padre] disse: ‘-Hoje eu não posso, mas amanhã, pode ficar descansada’.

O frei curandeiro, de Porto Alegre, citado anteriormente, diferencia-se do padre que é “mestre dos padres”, ligado à face oficial da instituição Igreja. Em geral os padres de maior formação adotam concepções correntes na medicina e nas ciências, enquanto que os outros se aproximam da religiosidade popular. Para o clero dito “progressista”, o catolicismo popular não é considerado um inimigo, mas alguma coisa que deve ser transformada. Se a umbanda e o espiritismo são os adversários do clero, como mostra Loyola (1984:87), há uma aliança dos religiosos católicos com a medicina oficial. A maioria dos padres parece respeitar os limites da “área médica” e resguarda-se para intervir na cura da alma, no consolo ao doente e no acompanhamento dos moribundos, sem se arvorar curandeira. Os freis e padres curandeiros, em menor número, são mais ou menos tolerados, segundo a política de cada diocese ou de cada ordem, e garantem seu espaço, uma vez que têm respaldo popular. O discurso psicológico é adotado, em aliança com o mundo universitário, pelos setores eruditos da Igreja.

Mãe - Então [o padre] disse: “- Pode deixar que amanhã eu vou lá visitar ele e depois eu vou mandar uma carta para a senhora”. Mandou mesmo. Ele disse assim: “-Pelo que eu vi, quando fui visitar o seu filho,” - precisa só ver que legal que é o padre - “pelo que eu conversei com o seu filho quando fui visitar, foi uma revolta com ele. Isso é um trauma que ele tem!”. O que é trauma?

P. - Seria um desgosto, ou um susto, talvez?

Mãe - Ah! É um susto, não é? “- Pelo que eu vi, disse o padre, pelo que eu conversei com ele”, - que palavra que eu disse agora? - “foi um trauma, uma revolta com a casa de vocês mesmos. Então ele está com trauma. Eu estou achando que está com trauma”. Trauma, o que é?

A falta de um referencial onde ancorar o novo conceito ouvido dificulta sua objetificação. A mãe pode dizer “ele está com trauma” como se diz “ele está com AIDS”, ou “com colesterol alto”. Mas isto não a satisfaz. É um conceito importado e ininteligível para ela, apesar de o padre ter sido uma pessoa tão “legal” (agradável). Daí a necessidade de resvalar ao catolicismo popular, ao pentecostalismo e à umbanda, na busca de uma linguagem explicativa. Estes, e em especial a umbanda, por não manterem um discurso sistemático, valorizam menos as palavras e deixam grande espaço à improvisação, resguardando o desconhecido como algo

místico, de inspiração, esotérico ou iniciático. Logo, o não-inteligível é sagrado e respeitável, mesmo que não se o entenda. Na umbanda, os que se comunicam diretamente com o além não estão interessados, como os padres, em fazer catequese, propaganda da fé ou em “semear a palavra”. Em geral os pais e mães-de-santo são reticentes quanto à divulgação de seu saber, como mostra Loyola (1984:48).

O catolicismo faz poucas concessões, no seu ritual, à clientela popular. A visão letrada e abstrata é própria das classes médias, da cultura dominante, que chama de religião o que é oposto à magia ou à superstição, e cujos rituais são de manifestações emocionais e corporais discretas. O controle do corpo, na missa católica, contrasta com os sons, movimentos e explosões emocionais da umbanda e das igrejas pentecostais. O Movimento Carismático, ala da Igreja Católica, tenta endereçar-se aos possíveis consumidores do pentecostalismo.

P. - A senhora foi alguma vez ao Movimento Carismático católico ?

Mãe - A minha filha levou ele uma vez, lá na Próspera [bairro de Criciúma], que ela vai de vez em quando .

Os anos noventa, no Brasil, têm se caracterizado pelo crescimento da Igreja Universal do Reino de Deus, instituição pentecostal que em pouco tempo suplantou as denominações religiosas mais antigas no ramo, como a Assembléia de Deus. Esta última, existente na região em que a entrevista foi colhida, parece não ter conseguido cativar tanto os descendentes de italianos. A Igreja Universal, com técnicas de divulgação mais modernas e agressivas nos meios de comunicação tem tido apelo sedutor, a ponto de montar templos até em pequenas cidades do interior.



Figura 14: Pentecostes
Fonte: Heuser (1965: 267)

O pentecostalismo compete eficazmente com a umbanda, usando alguns simbolismos e rituais semelhantes. Em geral os pastores associam ao mal, a Satanás, as relações que os fiéis mantêm com o sobrenatural na umbanda (Loyola, 1984:74). Isto não implica em rejeitarem a idéia da existência do “encosto”, da “possessão”, “da coisa ruim” ou mesmo do Exu e da Pomba Gira. Porém, canalizam estas idéias para sentidos apropriados aos das crenças religiosas da igreja. “Desfazer macumba” é proposta comum a estas igrejas, para quem “macumba” é manipulação suja do sobrenatural, forma de agir magicamente contra alguém.

Na entrevista em tela, vê-se que o pentecostalismo demonstrou capacidade de investimento na família, através do pastor e de “obreiros” voluntários, que lhe faziam visitas domiciliares.

P. - E esta Igreja Universal, a que estão indo agora? Como é que resolveram ir à igreja?

Mãe - Mas ele [o filho] foi uma vez , depois não queria mais ir . Então a minha filha casada, ela está fazendo uma corrente, né, sabe ? Nós somos católicos, né? Mas ela disse que ia experimentar, porque - imagina - a gente tem que experimentar de tudo, né ? Então tem uma obreira, que vem aqui ...

Ser católico não implica em seguir à risca os preceitos do catolicismo oficial, que muitas vezes nem são reconhecidos entre tantas de suas variantes heterodoxas. “Experimentar de tudo”, na busca de alívio para doenças e transtornos, parece ser uma atitude comum no Brasil. Na tentativa de contribuir para a abordagem objetiva do que chamaram “um dos maiores mitos da chamada Psiquiatria Transcultural no Brasil”, Santana, Almeida Filho, Lima e Nunes (1987: 194-211) tentaram estudar estatisticamente a influência do sincretismo religioso baiano como prática alternativa de tratamento para problemas mentais. Calcularam em apenas 19% a taxa de utilização de tratamentos não-formais (passes e rituais), sendo os tratamentos formais duas vezes mais procurados. Contudo, os próprios autores se surpreenderam com a concentração de centros religiosos, inclusive terreiros de candomblé, no bairro de Salvador pesquisado, bem como com a atribuição da doença mental a causas sobrenaturais pela população. Eles mesmos levantam a possibilidade de “ter havido uma sub-informação com relação à procura de tratamento religioso em face da metodologia aplicada”, em sua pesquisa,

onde a coleta de dados foi realizada por questionários estruturados e “por representantes da Ordem Médica, o que poderia ter provocado constrangimento entre aqueles que fizeram uso de alguma modalidade de tratamento que, além de não institucional, era ideologicamente marginalizada”. Discutem, ainda, que seu método pode não ter traduzido as peculiaridades inerentes a outras formas de cultura ou pensamento que não o “científico”, o que teria impossibilitado a obtenção de informações.

A capacidade quase sem limites, por parte do povo, de absorver, combinar e modificar práticas religiosas existentes no cristianismo, no sincretismo afro-brasileiro e em outras fontes, de certa forma se assemelha à da Antiguidade, aos tempos em que Paulo introduziu o deus cristão no altar do deus desconhecido. A cultura italiana também conserva algo da velha religião romana, pré-cristã. Em Roma e na Grécia as pessoas iam em busca de alívio a vários deuses e templos diferentes. Se não eram satisfeitas, o problema que as incomodava era atribuído a outro deus, ainda não procurado. A busca, definida como ter que “experimentar de tudo” parece ter algo de mais antigo, de clássico.

P. - A obreira vem visitar em casa ?

Mãe - Até o pastor veio aqui. Chegou aqui. Parece que ele é de Florianópolis. Até ele esteve aqui, o pastor, à noite, e um obreiro. Ele perguntou do Manso. Eu disse que ele não estava em casa, porque ele sai por ali, à noite também, mas daqui a pouco talvez ele vem. Ele esperou até que ele veio. Então ele chegou aqui dentro, porque ele tem educação, ele cumprimenta, como é que vai, como é que não vai, assim. Ele perguntou: “-É você este tal de Manso?” “- Sou eu, sim. O que é que vocês qué ?” “-Ah! Nós queremos que você melhore, que você melhore. Nós viemos aqui para dar uma benção para ti”. Porque eles dizem que ele tem... não sei ... coisas. Sabe ? Eles dizem que ele tem uma coisa ruim, né ? Eles dizem que ele tem um encosto! E a Pomba Gira também !

P. - Eles dizem uma conversa igual à que disseram na umbanda ?

Ermelinda - É. Umbanda! Mas eles não querem saber de umbanda, o pastor e a igreja não querem saber. Me perguntou se nós levamos,

assim, nessa umbanda. Eu disse que levamos sim, porque a gente não sabe nem mais o que fazer. Os outros me diziam, leva aqui, leva ali. Nós levava. “-Não senhora, não se leva não!”, ele dizia. O pastor dizia que era para frequentar a igreja, fazer a corrente, que ele vai melhorar. Mas já faz tempo que a nós fizemos corrente e não sei o que, não sei o que, e deu uma crise forte esta última vez .

Conservam-se semelhanças entre o pentecostalismo, a umbanda e o catolicismo agrário dos imigrantes, que propiciam um intercâmbio entre eles. Já Roger Bastide (1959:260) encontrara a presença de italianos nas práticas de curandeirismo e macumba em São Paulo. Bussola (1990: 273) observou o envolvimento de descendentes de italianos com cultos afro-brasileiros em Vitória, estado do Espírito Santo, tendo deduzido que o que conservaram realmente foi o medo do sobrenatural, pois 58% de sua amostra de descendentes já entrou em terreiros de umbanda ou candomblé alguma vez na vida. Em pesquisa no Rio Grande do Sul, Oro (1990: 547) encontrou, entre os pais-de-santo registrados, 2,34% deles de origem italiana, a maioria dos quais, mulheres. Estes pais-de-santo seguem se declarando católicos se perguntados sobre sua identidade religiosa. Quase metade deles (48,9%) indicam como a razão mais importante para a sua procura de cultos afro-brasileiros a “doença” e a “busca de cura”. Colocam esta busca como o “último recurso”, entre outras tentativas de tratamento. Um terço alegou ter buscado os cultos por “curiosidade”. Terapia e fascinação, para Oro, são as duas mais importantes razões para que descendentes de italianos subvertam suas tradições religiosas e procurem a umbanda. Acrescentaríamos que talvez se trate, em todas estas tentativas, da busca de terapias pela fascinação.

Para o espaço psi ou parapsicologia

A falência das igrejas e bênçãos reafirma à família a necessidade de busca de novos técnicos no espaço “psi”, os quais, ao leigo, são de difícil diferenciação. Entender a diferença entre um psiquiatra e um psicanalista pode ser tão difícil quanto entender a diferença entre um psicólogo e um parapsicólogo. Porém o discurso do padre que representa o catolicismo oficial

(o “mestre dos padres”), é facilmente identificado como vindo da mesma raiz que o da equipe do centro de atenção psico-social.

Mãe -O padre De Biasi é psicólogo também. Então aqui em cima [no CAPS] tem parapsicólogo também .

P. - No CAPS é psicólogo.

Mãe - Nós levamos também em Criciúma, tem o padre espírita, parece, e é parapsicólogo também. Ele é professor, Antônio Uliano. Até ele me deu uma fita para gravar, para botar no coiso [gravador] ...

P. - O que é que diz esta fita ?

Mãe - Esta fita é uma música, mas ele falou que é para relaxar que é bom. Ele disse que ele tem um encosto muito forte, muito forte, que é de um policial até, este encosto. De um policial que morreu e se encostou nele. É um policial, e mais ainda. Então nós levamos duas ou três vezes, nós tinha que freqüentar, né? Mas sabe, os meus filhos trabalhavam, tinha que levar, eu não tenho carro e eles trabalhavam, depois fomos só duas ou três vezes. Ele disse que curava ele .

Como a umbanda, o que popularmente é conhecido sob o nome de “parapsicologia” é portador de um sincretismo vocabular abundante. Seu jargão, montado com palavras provindas das práticas charlatanescas européias tradicionais, como o mesmerismo, enriqueceu-se de palavras tomadas da psiquiatria, da psicanálise, da informática e de outras tecnologias modernas, além de absorver expressões religiosas (em especial do espiritismo kardecista) e expressões usadas em livros populares de auto-ajuda norte-americanos filiados às crenças no “poder do pensamento positivo” e na possibilidade de “controle mental” e de “programação mental”. Nada mais tem a ver com a proposta da primeira metade do século XX, corporificada por Rhine, de criar uma ciência de matriz positivista para observar, descrever e catalogar fenômenos extra-sensoriais. Substituindo as dúvidas e hipóteses por certezas da fé e da imaginação, os discursos desta “parapsicologia” popular são um esforço em negar o poder de influenciar pessoas enquanto sugestão, magia, efeito psicológico ou mistério de ordem sobrenatural, para apresentá-lo como “fato científico”, de tal forma que a manipulação de tal

poder leve o título de ciência. Os locais para este tipo de tratamento imitam clínicas médicas e usam a hipnose como método de estabelecimento da relação com o cliente. Diferentemente das religiões, em geral cobram pelas consultas, em valores semelhantes aos de médicos privados.

O Desemprego e o Santo da Lua

P. - Ele nunca arrumou emprego, nunca trabalhou?

Mãe - Ele gostaria de trabalhar .

P. - Acha que as pessoas não tem interesse em dar emprego para ele?

Mãe - Não , porque eles têm medo. Eles não dão porque têm medo .

P. - Então a senhora sempre teve que sustentá-lo?

Mãe - Sempre, sempre. Os meus filhos também me ajudam, assim. Mas sempre, sempre é uma luta. Muita gente diz: “-Ai! Se fosse eu a mãe do Manso, eu não estava mais aqui no mundo, eu já estava morta há que tempo!”. Mas Deus está me segurando, né? Graças a Deus eu estou com esta idade .

Para a mãe, a dificuldade do filho em ligar-se a algum trabalho fixo e rentável tem a ver com o medo que as pessoas têm dele.

P. - Ele escreve coisas ?

Mãe - Escreve, ele escreve coisa ... Esses dias então, ele tinha um São Jorge. Foi um amigo que deu. Há pouco tempo que ele deu .

P. - Isso mexeu com ele e o motivou a escrever ?

Mãe - É! Ele pediu: “-Mãe, me traz aqui a caneta!”. Então eu dei a caneta e ele tinha um bloco de folhas, lá dentro, e destacou uma folha, e começou a escrever, escrever. Mas não deu tempo de eu olhar. Ele botou no chão dentro do quarto dele, num canto, e botou o São Jorge

em cima da folha e fincou uma faca perto de São Jorge. Não sei, acho que ele bateu com o martelo porque ela não se finca. Ficou mais ou menos uns oito dias lá. Eu não falei nada. Vi que era aquilo. Eu tinha medo assim, né? Depois, a minha filha, veio aqui e disse: “-Mansinho, que coisa é aquela, pregada, de São Jorge, ali com a faca? O que é que isso ali?”. “Ah! Não é nada, não é nada, não!” E aí então a minha filha tirou, botou lá dentro escondido, e ele tirou de volta e botou aqui... Agora que ele está no Rio Maina eu tirei de novo. Mas ele, quando que ele entra aqui dentro, ele diz assim: “- Ô, meu pai Xangô! Ô, meu pai Oxalá! Me dá força, pai Oxalá, me dá força pai Xangô!”. O que que é isso então? E ele sabe cantar as músicas da ...



Figura 15: São Jorge

Com apego, a imagem de São Jorge fora colocada em lugar de destaque na sala de visitas da casa. Durante a “crise” a imagem fora associada a uma escrita compulsiva que deveria ser conservada. São Jorge é figura importante na umbanda e no catolicismo. Mas na tradição popular é também o santo que se vê desenhado na superfície da lua. É visto sobre a lua cheia, guerreiro montado em seu cavalo, a matar o dragão da maldade. O santo da lua é o padroeiro dos lunáticos.

Cigarro, Androginia, Dinheiro e Bebida

P. - Ele só fuma quando em crise?

Mãe - Não, ele fuma sempre, sempre! Ah! ... Tem vez que ele é homem e tem vez que ele é mulher.

P. - Quem falou isto?

Mãe - No centro [de umbanda]. Que coisa, né ? Por que assim? Será que existe isso? E tem vez que ele diz assim: “-Já estou menstruado, não é?” Olha, é coisa de outro mundo, que vergonha [cora]

P. - Quando é que começaram estas conversas assim ?

Mãe - É, não faz muito tempo. É, faz tempinho, sim. Mas agora é mais. Agora é mais, e eu tenho medo. Eu dou, sim, dinheiro para ele, mas não muito, porque se eu dou uns cinqüenta reais ele gasta tudo de uma vez. Então eu dou um pouquinho assim , três, quatro ou cinco reais por dia. Mas eu digo para não tomar bebida, porque tem muitos que dão bebida para ele: “-Você pode tomar refrigerante, pode tomar, mas menos de álcool, cerveja, cachaça!”. Eu ouvi dizer que tem muitos que dão bebida para ele para ver as palhaçadas que depois ele faz.

A mãe tenta controlar o dinheiro do filho, já que ele não controla a sua prodigalidade. A bebida alcoólica é a grande proposta para o gasto, num ambiente que facilita o aparecimento do cenário adequado ao rito do idiota da aldeia. A brincadeira, a palhaçada e a zombaria, capazes de evoluir para a discriminação e a revolta furiosa têm aí seu solo fértil.

Liberar a loucura pelos efeitos da bebida, de forma festiva e engraçada, no ritual do bar, assemelha-se ao culto dionísico dos excessos, das exaltações, dos diálogos cômicos, das truanices, e às vezes, das agressões. A magia da droga etílica vendida no bar promove um reflexo, mesmo que desbotado, dos antigos rituais báquicos, primeiro encenados na sua forma primitiva, nas festinhas de aldeias gregas, chamadas de “dionísias rurais” e depois nas várias modalidades de bacantes urbanas que se seguem pela Grécia e por Roma. Era o deus Dionísio quem libertava a terra das amarras do inverno e livrava os homens do peso das preocupações e das misérias da vida. Era ele que trazia a liberdade à natureza e aos humanos (Pelbart, 1988:17). O espaço próprio para as bebedeiras é pequeno carnaval de catarse e de loucura coletiva, que Eurípedes imortalizara na peça *As Bacantes*, onde “as mulheres andavam com as

cabeleiras ao vento, com uma coroa de serpentes na fronte, batendo com os tirsos floreados com heras nas rochas, delas extraindo leite e vinho, e destroçando animais com uma fúria selvagem” (Pelbart, 1988:18).

P. -Então dão bebida para ver as palhaçadas que ele faz?

Mãe - Eu ouvi dizer. Agora não sei se é verdade, não é ?

P. - Ele fica muito ruim quando bebe ?

Mãe - Mas não se sente o cheiro da cachaça . Eu não sinto o cheiro .

Uma Afirmação Pessoal: de Nascimento Não

P. - Talvez, quem sabe, beba pouquinho ?

Mãe - Acho que ele bebe pouquinho. O médico disse que a doença dele é de nascença. Eu disse que de nascença não, porque até 13 anos ele era normal , estudou e tudo! É, disse o médico, tem quem fica assim até depois dos vinte e seis .

A mãe vê uma quebra entre a normalidade e a doença, marcando um claro limite entre as duas. É neste ponto que ela discorda do psiquiatra, com uma convicção firme que parecera não ter diante dos religiosos e nem do charlatão.

A Roça e a Cidade

P. - Vocês sempre moraram aqui?

Mãe -Não, faz vinte anos que nós moramos aqui.

P. - E lá onde vocês moravam era roça? A senhora plantava ?

Mãe - Era roça e eu tinha um terreno. Plantava arroz, milho... E o que eu trabalhei! Afofar mato virgem, cortar mato com o machado, roçar e até

derrubar tora, plantar milho, roçar capoeira, todo tipo, de tudo, de tudo... Depois o meu marido começou a tomar. Começou a tomar, tomar e tomar e eu com as crianças, e ele pequeninho, ia com ele na roça, pequeninho de um aninho. Na roça, porque ficar em casa a fazer o quê ? Ia na roça com os outros mais grandinhos e aí ele [o marido] vinha e me tocava embora. Me tocava embora! Olha, eu era obrigada a vir embora, senão ele pegava uma vara ... Até com a espingarda ele me correu atrás.

P. - Quando ele bebia?

Mãe - É. Quando não tinha cachaça ele olhava no litro, assim ... Quando estava na metade do litro ele mandava uma filha, de noite, comprar, longe.

P. - Por isso a senhora diz que Manso se parece com o pai?

Mãe - É. Por isso. Mas não sei ... É, tem vez que ele é a fisionomia dele. Depois troca, não é mais ele.

Ao trabalho duro dos primeiros anos de sua vida de adulta, vem adicionar-se o alcoolismo do esposo, com a subsequente conduta agressiva. Parte deste material, com outros mais, vai compor a história pregressa do paciente Manso, colhida nos serviços de psiquiatria por onde passara.

Sendo das primeiras famílias que migram para a pequena cidade, atraídas pela possibilidade de emprego na indústria, e sendo descendentes de italianos, como os filhos de “colonos talentosos” que compunham o núcleo urbano inicial, integram-se na comunidade, apesar de pobres.

P. - Por que resolveu vir morar nesta cidade?

Mãe - Porque os outros meus filhos trabalhavam tudo aqui, na fábrica.

P. - Quando a senhora chegou, a cidade era muito diferente do que é hoje?

Mãe - Cresceu, cresceu bastante. Sim, era diferente, não tinha nada, casas, nada

Eis aí a passagem do mundo de características rurais e agrícolas para o mundo urbano e proletário, e em seguida, a passagem da familiar *aldeia de notáveis* para a área urbana circunvizinha à grande firma dirigida pelos executivos. O desmonte de um mundo de cem anos, de raízes mais antigas, deitadas no norte rural da Itália e nos campos frios da Polônia, coloca os colonos no lugar do índio do início do século, ameaçado nas suas concepções de vida, crenças e costumes. Fator de desorganização e de reorganização das atividades periféricas, a firma que corporifica a principal atividade econômica impõe, constantemente, questões novas. Uma pequena “cidade corporativa”, conceito do geógrafo Milton Santos (1996:106), substitui a antiga vila de colonos e artesãos.

A cidade é a grande obra do homem, o órgão máximo da sua socialização e “o mais acabado repertório de possibilidades vitais que a humanidade soube construir ao longo de uma dilatada história de acertos e erros”, afirma Pinillos (1997:85). Apesar de ser acusada como causa de muitos males, é ela que conseguiu deter várias pestes, cuida melhor dos enfermos e aumenta a expectativa de vida, acredita aquele autor. De fato, a urbanização facilita o consumo de serviços de Saúde, e ultimamente, de serviços psicológicos, pelos pobres. Mesmo uma cidade muito pequena guarda diferenças para com a vida rural. A pertença a grupos secundários múltiplos no lugar de apenas o grupo primário, a necessidade de maior vigilância, a solidariedade menor, a necessidade de interação contratual no lugar da confiança familiar e o contato com uma variedade maior de sub-classes, grupos, religiões e costumes diversos são algumas destas diferenças.

P. - É melhor hoje ou era melhor naquele tempo?

Mãe - Era melhor naquele tempo.

P. - Por que?

Mãe - Ah! Eu não sei. Hoje em dia eu me sinto tão... Eu acho até que era melhor quando eu trabalhava na roça. Quero dizer que eu tinha aquele problema do marido, mas eu me achava tão alegre, eu ia à roça trabalhando.

P. - Tinha bastante amigas naquele tempo? A vizinhança se dava bem?

Mãe - Tinha. Mas tinha a que dizia que era amiga mas era inimiga.

À idealização do passado segue-se uma interpretação maniqueísta e a constatação da solidão. É do serviço oficial de Saúde que recebe proposta de um vínculo grupal mais intenso. O filho psicótico aparece, porém, como empecilho a uma vida social mais independente e ativa. Os momentos de surto marcam a mãe com precauções e desgostos, pois costumes básicos do convívio social, como os que regulamentam a cronologia e o lugar adequado para as atividades excretoras são quebrados.

Mãe - É, eu me sinto solitária. Os vizinhos são bons mas não têm muita intimidade. Eu não sou uma daquelas que sai da casa para ir na casa dos outros, assim. Eu prefiro mais ficar em casa. Então o médico lá em cima [no CAPS] me disse: “- A senhora tem que entrar no grupo dos idosos!”, no ano passado. Eu disse: “- Por que? O que é que tem no grupo dos idosos?”. Eu não estava sabendo o que era, não é?”- Ah! No grupo dos idosos fazem ginástica e tudo, e dançam!” É tão gozado aquele [psiquiatra] ali, que precisa só ver: “- A senhora precisa entrar!”. Então entrei. Eu ia. Era na terça de toda semana, mas eu tinha sempre aquela paixão de deixar meu filho em casa, porque ele sai de casa e deixa tudo aberto, porta aberta, tudo. Pode entrar algum e até roubar tudo, aqui. Eu dizia: “-Se tu sai, tu fecha a porta, pelo menos esta da frente. Mas ele deixa tudo aberto e quando ele está com crise ele não dorme. Ele acende tudo e abre todas as portas, com o rádio ligado alto e com a televisão ligada alta, tudo assim, tudo assim. Ele chega até a mijar na cama quando está com crise. Em qualquer lugar. Ele faz cocô em qualquer lugar.

Tarefas a um Pré-Cidadão

P. - Dentro de casa?

Mãe - É! Esta vez, mas não é toda vez. Essa crise foi isso. Parece que ele faz para desaforo. Parece que ele faz de raiva. Eu não digo nada. Não digo nada para ele. Eu limpo, faço tudo e não falo nada.

Por filantropia, pessoas oferecem algum trabalho ao desviante, eventualmente. Em geral estas ofertas conservam as características das relações de trabalho típicas de loucos de aldeia e retardados mentais leves ou moderados sem apoio institucional: os contratos são mal feitos (ou não existem) e o serviço em si não é valorizado. O serviço é visto apenas como um meio de entrosar, ocupar ou de dar auto-estima ao que trabalha. Não se traduz em dinheiro, a venda da força de trabalho.

Se é um irresponsável civil, o “louco de qualquer gênero”, citado no Código Civil brasileiro, leva a crer que produz um trabalho inaférível pelas regras do mundo produtivo e não conversível em moeda segundo os padrões normais de compra de serviços. O trabalho pode ser o mesmo, porém se o trabalhador for um louco, muitos considerarão justo pagá-lo com comida, roupas, ou com uma pequena quantia simbólica em dinheiro. Esquece-se o valor do trabalho em si, para se pensar no que o trabalhador poderá fazer se tiver dinheiro: poderá jogar fora, rasgar as notas, dar tudo, beber demais, cair no conto do vigário, e assim por diante. Vítima de sua prodigalidade, o irresponsável precisa lutar muito para alcançar um mínimo de poder ao montar contratos. É possível que muitas vezes o outro contratante nem deseje explorar: apenas raciocina nos parâmetros desta fórmula tradicional e paternalista. Eis o nó básico onde pode nascer ou morrer a tramóia da reabilitação psicossocial.

Mãe - Aquele homem que foi vereador disse: “-Manso, eu vou te dar um servicinho. Se é preciso levar uma folha na prefeitura, é tu que leva, se é preciso telefonar ...”. Ele telefonava por tudo, ele ia lá fazer xerox, ele era esperto, falava com todo mundo, podia ser até o presidente, ele se chegava, não tem medo, ele sabe falar. Então aí aquele senhor disse que pagava cada mês. “- E quanto você me dá?” “-Olha, por enquanto eu vou te dar dez reais!” [Risos]. Depois dali ele continuou, continuou ... Comprava leite, ia no mercado, comprar leite e pão. Tudo, tudo era ele. Eles gostavam. Depois ele relaxou e eu disse: “-Tu não vai mais lá, comprar leite e o pão, e o que precisa?”. “- Não vou,

porque ele me paga muito pouco! Só se ele me pagar cinqüenta!” Ali ele não foi mais.

Os Grupos, o Capeta e a Esquizofrenia

P. - Ele gosta de festas?

Mãe - Ele gosta. Gosta de sair com os amigos, quando que ele está bom. Os amigos convidam para ir ao jogo, quando o jogo de futebol é fora. Não é? Quando ele está bom. Mas quando ele está com crise os amigos vêem e não convidam

P. - Então às vezes convidam ele para jogar bola ?

Mãe - Imagine se não! Mas não para jogar bola: para ele estar na torcida. “- Olha, sábado e domingo nós vamos lá para São Joaquim, você se apronta!” Eles até deram camisa do jogo e tudo. E ele ia. Ele vai. Ele foi até lá em Torres, ele foi em Araranguá. Ele foi em muitos lugar longe. E como ele gosta! Tem amigos que gostam bastante dele. Agora não sei se tem muitos que debocham dele. Eu me sinto ... é aquilo que me ... magoa .

No grupo parece, à primeira vista, haver uma tolerância maior em relação ao psicótico. A diluição na multidão permite um rebaixamento da capacidade crítica das pessoas, como mostra Freud ([1921] 1990). É mais fácil as pessoas se nivelarem por aquilo que têm em comum. No grande grupo as relações não são pessoais. Os amigos, naquele momento, “gostam bastante dele” porque todos se sentem igualados, gostando de coisas em comum: a mesma facção esportiva, a mesma cidade de origem, o mesmo ideal. Contudo, o fenômeno da projeção sobre o bode expiatório também fica facilitado, em decorrência desta psicologia de massas. Explica-se, pois, a associação que a mãe faz entre a alegre festividade coletiva e a possibilidade de zombarem de seu filho, discriminando-o. De fato, ela sabe que isto acontece, só não sabe se são “muitos” os que debocham dele.

P. - A senhora conhece alguém mais, no mundo, que tenha um problema assim?

Mãe - Igual ao meu [filho] eu nunca vi. Só se tem e eu não sei. Mas igual o do meu, aqui em cima, no CAPS, tem muitos. Não é? Mas não fazem assim igual ao Mansinho. Dizem até que ele tem o capeta no couro .

P. -Dizem ?

Mãe - É! Na semana passada disseram. Um senhor. “-Parece até que ele tem o capeta no couro...”

Volta, pois, o tema da possessão demoníaca. É interessante que este discurso não é repudiado ou negado pela mãe. Ele é deixado em suspenso, no mundo das dúvidas, passível de ser aceito em algum momento. A tendência dos médicos é a de entender esta questão como uma discussão sobre a etiologia do transtorno mental, contrapondo a visão científica à mística. Para o leigo, não se trata de uma querela genérica sobre a origem do transtorno, e sim sobre uma forma de dar sentido aos fatos que acontecem na vida destas famílias. O que elas buscam é uma explicação qualquer, socialmente compartilhável, que possa gerar um mínimo de tranquilidade e de aceitação entre os próximos. Os vocábulos que compõem o discurso médico até podem bem servir a este propósito, em certas situações. Isto não significa, porém, que o leigo venha a ter a mesma visão do psiquiatra. O mundo reificado de uma especialidade médica não pode ser transposto ao leigo através de algumas conversas no ambulatório ou de alguns folhetos distribuídos com o propósito de “educação popular”. Esta vulgarização sempre se dá através de esforços simplificadores, de objetificação e ancoragem, como Moscovici (1978) mostrou em sua tese.

P. -Por que falaram assim?

Mãe - Não sei. Eu disse: “-Ai, eu não sei o que ele tem ou não tem!”. Os médicos dizem que é esquizofrenia. O que é esquizofrenia? É cabeça, não é? ... Fala sozinho, lá dentro. Diz: “-Sai daqui, sai daqui!”.

A linguagem médica remete à topografia orgânica, a uma das três partes do corpo, na anatomia mais simples, a dos primeiros anos de escola (“o corpo se divide em cabeça, tronco e

membros”). Esta mãe encontra dificuldade, porém, para entender a ligação entre a região anatômica e o que a preocupa, que é a fala. Ouvir outra pessoa falar sozinha é intrigante. Ainda mais se a pessoa, num mundo talvez habitado pelo capeta, dá ordens a alguém invisível, para que saia.

P. - Ele fala sozinho ?

Mãe - Fala sozinho. E tem vez que tem medo e chama: “-Mãe, mãe! Venha aqui, olha o que eu vi!”. Eu chego lá dentro e digo que não é nada não: “- Toma um copo de água com açúcar, toma!”.

O Porão, os Favores e o Cigarro na Mão

P. - O que é que ele vê?

Mãe - Ele diz que vê um bicho feio. Ele diz que vê até o demônio, assim estas coisas. Eu digo que não é nada, não. Digo que não é nada, mas ele chega até pular a janela de uma altura, de medo que ele tem, quando vê estas coisas. Então! Não esta crise, mas a crise passada, que já faz meses, que depois nós levamos ao Rio Maina. [...] Quando o médico deu alta, eu fui com o kombi do CAPS buscar ele. Eu disse: “- Estranho! Ele está de alta. Me parece que ele não está muito bom. Ele está tão quieto, nem fala, pelo jeito não está bom”. “- É, mas o médico deu alta porque está bom!”, disse a moça. Então eu levei. Ele ficou 8 dias lá em baixo, no porão, na cama, sem falar. Eu perguntei por que ele não falava, se estava doente: “-Diga se está doente, se sente alguma dor!”. Ele não respondia nada, e nem dormia. Eu dava o medicamento certo que o doutor deu. Depois ele começou a sair, pois nem saía. Saindo... saindo. Para cá e para lá, melhorou um pouco. Trabalhou até de graça. Então eu disse que era bom que ele trabalhasse. Eu não estou ligando se ele não trabalha aqui, porque...

P. - Ele trabalha de graça, só para fazer um favor?

Mãe - Sim, ele gosta de fazer favor. Precisa só ver!

P. - Que tipos de trabalho?

Mãe - Ele gosta de varrer, de fazer limpeza. Mas não na minha casa. Na casa dos outros. De fazer limpeza na casa da Vaní, lá em baixo, naquele prédio. Então ele chega e diz que fez uma faxina na casa .

A idéia de ocupar-se com algo de que goste (trabalhar, fazer um favor a alguém, varrer, fazer limpeza), aparece sequencialmente à crise abúlica (na cama, sem falar, não respondia nada, nem dormia, nem saía) e após começar novamente a sair de casa. Por ser, este tipo de atividade, algo próprio dele, não exigido por ninguém, talvez fosse o embrião de um projeto de melhora dos vínculos sociais, a ser trabalhado. A limpeza das casas é geralmente um serviço feito por mulheres, mas não é proibido aos homens. Talvez compatibilizasse titubeios de gênero, mantendo neutralizado aquilo que chamam de Pomba Gira, ou de coisa de maricas, numa tarefa socialmente respeitada.

Mãe - Ele varre bem, depois ele passa pano, passa o brilho, pega o tapete e vai lá fora e bate o tapete. Precisa só ver! Precisa só ver, como que... E aqui em casa ele não lava, não pega uma folha pra fazer nada. Sou obrigada a dar tudo na mão: água na mão, o copo com água pra ele tomar. Se ele tem um cigarro ali, sou obrigada a pegar o cigarro e dar na mão. Mas eu não me importo, basta que... e é assim as coisas.

Os Amores da Mãe

A nossa entrevistada teve antecessores longevos: seus pais faleceram com mais de noventa anos. Sua avó paterna veio de Veneza aos nove anos de idade.

Mãe - Eu sei que me criei na casa de minha avó porque a minha avó tinha só meu pai de homem. Então meu pai ficou junto com o meu avô e a minha avó. Então se *criemo* tudo junto. A minha avó, ela me estribava como a filha dela.

P. - Casou jovem?

Mãe - Tinha um moço que gostava de mim, e ele era rico, mas eu tinha apenas 16 anos, e o meu pai queria que eu namorasse com esse rapaz, porque ele era rico.[...] Mas eu não gostava, né? Ai, meu Deus do céu! Eu não podia nem ver ele. Ai, que dor aqui dentro. Eu nem dava palavras pra ele, ele conversava e eu não dava nem resposta. Escrevi uma carta, mandei dizer que eu não queria mais ele, não. Mande terminar, que eu não queria, que eu não gostava dele. [...] O meu pai me disse assim: “-Quando aparecer outro, se tu não quer outro eu vou te quebrar as pernas!”. E nós acreditava, né? De tanto que nós obedecia o nosso pai... porque nós não dizia um tanto assim, nada, nada, nada! Eu pensava que era verdade, que ele me quebrava as pernas. Ali apareceu este aqui [o marido]. Depois morreu, né? Então aceitei, mas não de gosto.

P. - Não estava apaixonada?

Mãe -Não. Não estava apaixonada [risos] mas ainda tive oito filhos. Ah! Mas meu Deus do céu, por que eu já não fiquei solteirona de uma vez? Que nada, que nada, eu acho que [...] era bem bonita [...] porque ‘tá bonita agora também. [...] Se eu queria casar eu já ‘tava casada. Gente rica, rica, veio me procurar. Mas eu tenho o meu problema do rapaz, eu disse. Então eu estou pensando no meu filho. E sempre lutando com coisa triste. [...] Eu quero viver, eu não estou pensando em morrer, me parece que eu sou ainda jovem.

“Porque ‘tá bonita agora também”: ao retomar a enunciação anterior (“era bem bonita”), o faz na terceira pessoa. O enunciador oculto garante o enunciado, num jogo de espelhos em que não se sabe se quem fala é ela ou é outro que fala dela. O discurso, aqui, como em tantos outros momentos, é uma citação da fala de outros. O discurso fabrica-se de outros discursos que o precedem.

Aos dezesseis anos, rejeita um casamento tido como boa oportunidade financeira, por falta de amor. Casa com “este” que “apareceu”, numa continuidade de obediência a um pai

capaz de esquartejar, de quebrar-lhe as pernas. Já madura e viúva, rejeita outra oportunidade financeira, real ou fantasiada, porque tem “o problema do rapaz” para cuidar.

Um Velho Atrás e o Querer Voar

Mãe - Oh, me disseram que lá tem um centro, nós fomos [...] e ali eu achei que ele piorou. Depois, muita gente disse: “Tem que *saber* o centro que a gente vai!”. Sete dias deitado. Em redor era tudo santo não sei de que, todas as oferendas... nem sei explicar o que é isso. [...] Ele ficou também internado em Porto Alegre, numa clínica lá.

P. - Que clínica era?

Mãe - Era o Hospital Espírita, mas não era espírita.[...] É hospital de médicos, porque eu fui visitar duas vezes.

P. - Como é que ele ficava, bem no início do problema?

Mãe - Aí ele ficava diferente de nós, e se escondia assim, escondido.

P. - Ele falava que tinha medo?

Mãe - Tinha, tinha medo, sim! Quando nós fomos buscar... no carro... ele dizia: “-Ai, mãe! O velho atrás de mim! Olha que velho! Um lenço preto! Ai, que velho ali também!”. E eu dizia: “- Não tem ninguém não, Mansinho, não tem ninguém!” E ele dizia, no carro, que tinha uma velha que pegava ele, um velho. Então quando [...] começou, então se afastava de nós, ficava diferente, escondido. Ele saía de casa a pé, sempre a pé. Olha, ele foi parar em Nova Treviso, sempre a pé pelo mato, dia e noite, dia e noite, pelo mato.

A entrevistada tem um pai que ameaça esquartejá-la e impossibilita-lhe a procura de um amor conjugal. Tem um marido que corre atrás dela de vara e até de espingarda. Mas sua auto-estima, em parte apoiada na beleza física e no poder de fascínio conservados, a mantém jovem, com desejo de vida. O drama persecutório é representado na vida do filho. Há um

velho perigoso, assustador, nesta vida. Em busca de um sentido, por anáfora - voltando a um pedaço pretérito do texto - ou por condensação - como nos sonhos - poderíamos ligar velho, pai e avô. Não nos iludamos, porém, com as positivities que brotam da análise. O terreno é enganoso, e os sentidos são diferentes das palavras, segundo quem as emprega.

Pode-se dizer que a questão da loucura tem suas particularidades espaciais, tópicas. Mas a questão não se resolve por remetê-la a uma destas particularidades. Não se resolve, por exemplo, ao se remetê-la à anatomia topográfica, como faz a mãe do paciente, ao perguntar sobre a esquizofrenia: “-É cabeça, não é?”. Também não se resolve para o médico, com uma pergunta reificada, mas da mesma natureza: “-É sinapse, não é?”.

Mesmo sob o zelo dos profissionais, e estando sob farmacoterapia tecnicamente irrepreensível, em certos momentos o paciente fala sozinho, ouve falas, vê coisas e tem medo: eis o tema.

Que fala circula no indivíduo? Que sujeitos estão envolvidos nas formações discursivas? Não há como reduzir a história desta família, nem a uma predisposição genética, nem a um erro sináptico, nem a uma pseudo-comunidade explicável pelo sociologismo de Cameron. Nem há como, sem perder o principal, jogar para o real biológico e bioquímico, ou para o real político e social, toda esta problemática.

A transparência da linguagem é esforço, busca ideal, brilho na miragem. E esta miragem é permanentemente denunciada pelas histórias de visões, possessões, falas em línguas que não existem. Denunciada, em suma, pela presença, no mundo, do discurso psicótico. Numa conversa, o fio da meada nem sempre faz um bordado ou uma rede que as pessoas assumam, queiram e gostem. O emaranhado de vozes também tece tramóias enigmáticas, desconhecidas, a desafiar nossa necessidade de sentido.

Na história que estamos acompanhando, não só as vozes falam dentro do rapaz, mas também as visões ocorrem dentro dele. Algo fala nele. Algo se mostra nele. A alucinação fala aos seus olhos e aos seus ouvidos. Imagens o perseguem. Força estranha e inevitável. E no entanto é coisa dele, interior. Mas de certa forma, é da mãe, do pai, do avô despótico, do avô gravitando ao redor de uma bisavó que precisou “estribar” a mãe como filha dela. Tudo poderia ser achado no léxico familiar, caso existissem, saídas do ideal, todas as palavras.

P. -Quanto tempo caminhou?

Mãe -Ficamos não sei se quatro ou cinco dias sem saber onde é que ele 'tava. [...]. Ele tinha uns... dezesseis, dezessete anos, parece. Fomos obrigados a botar foto dele em Criciúma para aquele que conhecia ele, me avisar. Então ele chegou num bar em Treviso, sempre a pé dia e noite. Ele dormia no meio do mato.[...] Mas esse dono do bar não conhecia ele: "-Teu pai sabe que tu 'tá aqui?". "-Eu não tenho mais pai!" Ele telefonou para o delegado que lá tinha uma pessoa que ele não sabia quem era, e não sabia nem o que fazer. Ele ficava lá no bar, não saía do bar. "-Ah! Este aqui eu já conheço, ele é doente mental!" o delegado falou para o homem, lá. Então esse delegado botou ele na delegacia e telefonou pra cá. E nós ficamos contentes, fomos lá buscar e trouxemos embora. É tudo assim! Ele foi na casa do padre, às duas da madrugada, chamando: "-Padre Genor, padre Genor!". E o padre Genor levantou: "-O que quer, rapaz?". "-Eu quero uma bênção!" "-Mas nessa hora, duas hora da madrugada? O teu pai sabe?" "-Eu não tenho mais pai! Eu vim pegar uma bênção!" "-Deixa, deixa, que daqui a pouco eu vou te dar uma bênção, fique aí!" Enquanto o padre ia se aprontando, meu filho abriu a igreja, acendeu todas as velas do altar e soltou todos os passarinhos do padre Genor. O padre Genor tinha passarinho, né, de que ele gostava. O padre dizia:"- Por que soltou meus passarinhos?". "-O passarinho também quer paz, e não é preciso prender o passarinho, por que o passarinho quer voar. Deus mandou o passarinho para voar, não para prender!" E ele não quer nem que judie. O gato, para ele, é uma pessoa. Um cachorrinho para ele, Nossa Senhora! [...] Então se eu mato alguma coisa, uma barboleta, uma barata, qualquer coisa...: "- Não se mata nada, porque Deus mandou a barata, mandou barboleta, mandou tudo, e não é para matar!". Eu disse: "-A gente tem um remédio para matar barata. É um nojo, aquilo!". "-Não é nojo, não!", ele disse. É capaz até de comer uma barata .

Os homens, se estivessem fundidos à natureza e saciados quanto à fome, poderiam mantê-la indiferenciada e salvaguardada, modificada apenas pelos atos que matam a fome e pelas forças telúricas e cósmicas. Perfeitamente integrados, no Éden de todas as pré-histórias, os homens não precisariam saber da diferença entre um gato e uma pessoa, entre um homem e uma mulher, entre o altar de velas apagadas, tarde da noite, e o cerimonial público. Provavelmente seriam, porém, ingênuos, comendo moscas e baratas, e sofrendo as conseqüentes infecções e intoxicações. É para se proteger que não comem insetos. O nojo é uma invenção cultural, prática. Ao inventarem o nojo, os homens inventaram também sociedades que se enojam, que vomitam, antropeômicas, como dizem os antropólogos. Se a psicologia social e as ciências sociais quiserem pensar o tema da exclusão, terão, inclusive, que passar, em certo momento, pelos caminhos difíceis e controversos da construção do nojo.

É possível que o contato com a psicose reavive o luto em relação à perda do mundo mítico onde “criou Deus o homem à sua imagem” (Gênesis, 1:27), onde “todo o nome que Adão pôs aos animais vivos, esse é o seu verdadeiro nome” (Gênesis, 2:20), onde “Adão e sua mulher estavam nus e não se envergonhavam”(Gênesis, 2:25), onde ninguém comia do fruto da árvore da ciência do bem e do mal, onde a serpente, o mais astuto de todos os animais, ainda não propunha a imortalidade.



Figura 16: Anjo evita que Adão e Eva reentrem no Paraíso.
Fonte: Heuser (1965: 13).

Não nos parece despropositado que a palavra “nojo” tenha duas acepções, em português. Ela é *náusea*, repulsão, enjôo, asco. Mas ela é também *luto*. Luto é a dor de uma perda. Eventualmente da perda da inocência, da alienação, do mundo sem leis humanas, da integração completa com a natureza, do paraíso terrestre, da imagem de divina perfeição.

É mais fácil suportar estas coisas humanas se elas são jogadas para o passado, em forma de mito. Mas, pelas palavras, elas repetidamente se refazem, no presente, lembradas de um jeito ou de outro, enquanto as pessoas têm memória.

Um Fascinante Texto, Veiculado por Alguém que Nunca Parou de Fumar

P. - O pai e mãe falavam, em casa, o italiano?

Mãe - Italiano o tempo todo. O pai e mãe falavam em casa.

P. - Foi aprender a outra língua quando? Na escola?

Mãe - Nem na escola. Eu fui aprender a outra língua depois que eu estou aqui .

P. - A senhora foi à escola ? Quanto tempo ?

Mãe - Fui. Fui por uns três anos. Mas ainda eu sei todos os meus pontos, que a minha professora me mandou fazer. Eu até ensinei uma coisa sobre fumar que a professora me ensino . Assim: "Fumo desmanchado traz grandes moléstias à nossa saúde. Quem vive constantemente fumando não pode ter uma boa saúde. O fumo tem o veneno chamado nicotina que se aloja nos dentes e que se mistura com a saliva e desce ao estômago. A pessoa não pode ter uma digestão completa pelo hábito errado e tem que gastar muito dinheiro para satisfazer o vício".

P. - A senhora decorou!

Mãe - Olha desde ... Eu não esqueci!

P. - A senhora sabe alguma coisa em italiano? Sabe versos, provérbios, orações?

Mãe - Sei, sei tudo. Orações e tudo. Então ele disse: "-Mãe, essa coisa que disse agora, do fumo, a senhora copia numa folha que eu levo lá no CAPS e depois eu vou lá no xerox fazer cópias. Ele foi, fez 4 ou 5

folhas, espalhou por tudo, lá na prefeitura, e todo mundo gostou. “- Quem te ensinou isto, Manso ?” “- A minha mãe. Quando ela ia para a escola, a professora dela ...”. “- E a tua mãe se lembra, ainda ?” “- Sim, lembra tudo isso. E mais coisas ... muito mais”.

salários baixos), à sua *má utilização* (falta de coordenação e integração entre serviços, conflitos entre categorias e subgrupos profissionais teoricamente divergentes), e à sua *falta de continuidade* (que uma mesma equipe acompanhe o paciente de um momento a outro de sua trajetória). Para pacientes graves, em especial os esquizofrênicos e os maniaco-depressivos, comprova-se que o cuidado e a desinstitucionalização ocorrem de forma mais eficaz na medida em que os responsáveis são profissionais especializados (Bandeira et al., 1994: 664). Oferecer ambiente comunitário que favoreça a participação do paciente nas atividades cotidianas é importante. Daí que propostas como as de “terapia comunitária sistêmica na comunidade”, como a de Adalberto Barreto e a Pastoral da Infância (Contini, 1995; Boyer e Barreto, 1996) podem ser trabalhos úteis, paralelos ou coadjuvantes ao trabalho dos especialistas do Sistema Único de Saúde.

O CAPS de Cocal do Sul, como tantos outros instituídos por prefeituras brasileiras nos anos noventa, pode se dizer fruto, entre outras coisas, da aceitação, por administradores locais, do discurso contido na Declaração de Caracas, veiculado pela Organização Panamericana da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde. Tais organismos internacionais consideram que os *sistemas locais de Saúde* oferecem condições para desenvolver programas, caracterizados pela descentralização, pela participação e pela prevenção, baseados em necessidades da população. Este é um dos textos básicos da empreitada.

A empreitada é a forma local da Reforma Psiquiátrica. O que sentimos, na pesquisa de campo e na análise dos textos orais, colhidos em entrevistas, é que a Reforma Psiquiátrica implica uma multiplicidade de discursos, muitas vezes conflitantes. A sociedade local, mesmo que pequena, mesmo podendo chamar-se de comunidade (no sentido do alemão *Gemeinschaft*, quer seja kantiano, quer seja romântico), contém miríades de discursos autóctones, importados ou compostos, populares, eruditos ou mistos. Argumentos se chocam, se completam ou se ignoram, produzidos pelos discursos vigentes, cujas relações são historicamente determinadas. Argumentos se produzem nas relações entre discursos. Os sujeitos, ao fazer suas projeções imaginárias, formulam-nos e mudam formulações.

O CAPS foi apenas desejo e puro imaginário por pouco tempo. Por menos de uma estação do ano. Sua criação, como instituição real, logo colocou em jogo as relações entre os discursos e o real. Complexificada pelos dados que aportavam do real, precisou evoluir, no sentido de fazer aprendizagens, mesmo estando tão longe dos centros universitários. A sua

equipe, sabendo-se sempre incompleta e cheia de contradições, vinha, porém, aprimorando o funcionamento discursivo e defrontando-se com a questão da constituição dos sujeitos e dos sentidos. Até o ponto em que pudemos observar o desenvolvimento da instituição, sentimos que os sujeitos envolvidos vinham sentindo a necessidade da busca de uma ordem do discurso. Vinham sentindo a necessidade de construir um lugar a partir do qual pudessem observar a si próprios e a seus feitos enquanto materialidade simbólica, enquanto história com sentido.

Em Cocal do Sul, mais importante do que o desejo de organizar um discurso ideal, foi o desejo de criar um *serviço*, no sentido usado pela Saúde Coletiva. O serviço foi o CAPS. O serviço, mais do que o tratamento dado, é o aparelho de cuidados, o dispositivo composto por técnicos, que viabiliza ter pacientes, reuni-los, costurar, cantar, tomar café com eles, fazê-los sentarem-se juntos à mesa, facilitar-lhes a brincadeira, deixá-los livres para falarem ao seu modo. Havia uma crença na validade do aparelho e um desejo de fazê-lo legal, oficial, humano, afetivo, materialmente digno, acessível, democrático, solidário e eficaz. Tal crença e tal desejo refletem-se em discurso semelhante ao de Saraceno (1996a), porta-voz da Divisão de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde. Para ele, as características do serviço determinam a história natural da psicose. No processo de Reforma Psiquiátrica, em alguns serviços prevalece a identidade dos psiquiatras reformistas, em outros, a dos administradores, em outros a dos familiares. Mas é a vitalidade, no cotidiano de trabalho, da forma de envolvimento dos técnicos com os pacientes, que vai determinar o poder do serviço de aliviar o sofrimento e mudar o curso da vida do psicótico. É preferível, portanto, diante da escassez típica dos governos do Terceiro Mundo, afirma Saraceno, ter os piores fármacos no melhor serviço do que o contrário. Neste sentido, o serviço que poderia ser chamado de “o melhor”, na conjuntura brasileira de hoje, seria, a princípio, aquele que Goldberg (1994:99) define como um lugar terapêutico, um espaço onde a fala do psicótico possa se manifestar plenamente, sem arriscar-se ao aprisionamento numa lógica institucional alienante. Seria aquele que tem, nas palavras de Ana Pitta, a “ousadia” de buscar o

“prise en charge dos franceses, presa in carico dos italianos, ou qualquer outra denominação que se possa dar a um cuidado personalizado, inserido num enquadre ético de não abandono, ou seja, um cuidado responsável dos estados psicóticos de usuários de instituições públicas de cuidado mental” (Pitta, 1994:153).

Tal serviço dirigir-se-ia, pois, às necessidades do sujeito culturalmente conhecido como psicótico. Lidaria com problemas reais do sujeito psiquiatrizado ou em vias de psiquiatrização. Segundo Costa (1994), um serviço assim deixa de lado as polêmicas teóricas sobre “qual a verdadeira natureza da psicose” e “qual a verdadeira maneira de curá-la”. Seus técnicos fazem uma psiquiatria pragmática e otimista, que diante de contradições da prática é capaz de experimentar novos modos de definir o problema e de agir: “Trata-se de ver até que ponto pode-se ajudar pessoas a restabelecerem o poder normativo sobre suas condutas” (Costa, 1996:14). A afirmação é fiel à noção de norma presente em Canguilhem (1982).

Na prática do cotidiano, este discurso descobre-se ora leve, ora pesado. É pesado quando desliza sobre uma certa aspereza, ligada à sua historicidade. Tradicionalmente nossa sociedade não reconhece no sujeito da psicose um sujeito. Ela imagina modelos ideais de sujeitos, a serem impostos ao psicótico. Não se enquadrar neles é como *ter o capeta no corpo*, estar com um *encosto* ou ser maluco. Reconhecer a psicose como uma experiência humana é algo que penetra nas brumas de uma ética a ser construída e sacode crenças e hábitos. A idéia do século XIX, de alienação a segregar, é ultrapassada só mediante o reconhecimento da psicose como experiência marcada pela diferença, e do diálogo com esta diferença.

Dialogar com o sujeito da psicose não é tão simples quanto dialogar com o cidadão. O cidadão, importante invenção da Revolução Francesa, é produto de contrato social, na constituição da cidade, das instituições, da nação. Já o sujeito, este não tem origem em contrato formal. Por isso, no CAPS, cidadão e sujeito ora se complementam, ora se ignoram, ora se chocam. A liberdade do cidadão é formal, juridicamente definida. A do sujeito é pulsional, limitada só pela dominação ideológica grupal ou pela ética pessoal, que pode desenvolver-se, ou não. Com o psicótico, tantas vezes pensamos estar fazendo uma combinação, um contrato, com ele, mas ele não está fazendo contrato conosco.

A instituição, na diversidade de seus discursos, ora se propõe a cruzadas para normatizar, desmistificar, levar a verdade científica aos ignorantes, ora se propõe a cultivar a liberdade e a reproduzi-la. Enfrenta a questão: como criar liberdade em instituições, se instituições são formas e liberdade é o que não tem forma?

O século XXI, para enfrentar estes temas, não poderá, provavelmente, fugir de técnicas cujas raízes estejam deitadas no romantismo, em Schopenhauer e Nietzsche. Enfrentando o

que é humano os homens vêem o que, neles, é desumano. O que rejeitam. Até que ponto um aparelho como o CAPS pode influir neste enfrentamento, minorando a rejeição?

O que vimos em Cocal do Sul, no período estudado, foi um investimento, durante a gestão de um prefeito e seu vice. Trata-se de um investimento em estrutura e pessoal, para trabalhar com o sofrimento psíquico. Criou-se um ambiente terapêutico para os pacientes. Fez-se possível dar continuidade da relação tida neste ambiente, com as famílias dos pacientes e com setores do tecido social.

O CAPS veio a tornar-se um lugar de relevância afetiva e simbólica para muitos de seus frequentadores. Os pacientes, via de regra, não são afastados de seu ambiente original para tratamento em outro local. Há, também, exceções, como em qualquer regra. Muitos familiares passaram a falar mais, a participar do serviço e a assumir mais os cuidados do pacientes, tornando possíveis novas vivências. Há cobranças dos técnicos neste sentido, marcadas por visões diferentes das dos familiares. Abriu-se uma nova fase, na vida dos técnicos, de dúvidas e discussões sobre seus papéis profissionais e sociais. Na vida da cidade, os pacientes estão presentes, quer seja por diminuir o tempo em que permanecem desaparecidos (por internação hospitalar ou por ficarem fechados em casa) quer seja por serem mais comentados, enquanto alvos dos cuidados do CAPS, ou alvos de um discurso em que existem como cidadãos locais.

A internação em hospital psiquiátrico especializado não foi abolida completamente, mas adquiriu um lugar definido dentro do sistema de Saúde. A indicação de internamento assumiu critérios clínicos mais rígidos, não apenas conduzidos pela vontade dos leigos, de comodamente se livrarem de uma pessoa inconveniente.

Criou-se um espaço terapêutico para o acolhimento da loucura e para a circulação de um discurso profissional multidisciplinar. Houve, como decorrência, pois, um investimento nas *fenoestruturas*, ou seja, na criação de capacidades de produção de fatos “capazes de gerar fluxos de produção e compor a realidade” (Sá, 1995:200).

O vetor de definição do problema abordado pelos dirigentes e funcionários da prefeitura não era a existência do hospital psiquiátrico no município vizinho, ou o do discurso antimanicomial de fechar o hospital, e sim o da necessidade de criar mecanismos de assistência e reabilitação psicossocial nas estruturas municipais do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta

postura tática foi possível em função de já vigorarem fatores *genoestruturais*⁵², para utilizarmos uma linguagem comum na Saúde Coletiva, diferentes dos que vigoravam uma década atrás. Tais fatores seriam as regras básicas da produção social. Em nosso caso, a existência legal do município, as regras para o SUS, a existência do sistema como espaço real e não só como meta, normas de contratação, de credenciamento, de pagamento, e assim por diante.

A substituição do asilo pelo tratamento dito comunitário não causa, à sociedade como um todo, em termos econômicos, grandes custos. A polêmica em torno do financiamento, na reforma psiquiátrica, não se dá em torno de supostos aumentos do custo dos serviços. Ela se deve à substituição de um gestor por outro. O custo do macro-hospital incide no bolso do estado ou do Ministério da Saúde. O custo do tratamento comunitário incide no bolso do município. Tomemos o exemplo catarinense. O hospital psiquiátrico vizinho a Cocal do Sul, o do Rio Maina, cobra seus internamentos pelo SUS diretamente do Ministério da Saúde. O macro-hospital estadual, em Florianópolis, recebe um terço de sua manutenção da cobrança de diárias do Ministério da Saúde. Dois terços são garantidos pelo governo do estado. A forma de as prefeituras fazerem o governo federal colocar dinheiro na assistência comunitária é, basicamente, uma só: contratarem pessoal, criarem serviços de Saúde Mental (centros e núcleos de atenção psicossocial, oficinas terapêuticas, ambulatórios, pensões protegidas e alas psiquiátricas em hospitais gerais), cadastrarem estes serviços na secretaria estadual da Saúde, e cobrar diárias do governo federal segundo o número de pacientes atendidos.

Ao se pensar na inserção da Saúde Mental na Saúde Coletiva, é fundamental lembrar algumas tendências de nossa época, bastante influentes. A primeira delas é a do deterioro, em dimensão planetária, do estado de bem-estar social (*welfare state*), conexo ao aparecimento de novas formas de marginalização. A segunda é a da gradativa assimilação, em dimensão nacional, dos discursos sobre os direitos à assistência e sobre os direitos do consumidor, resultantes da democratização e do espírito da Constituição de 1988. A terceira é a da radicalização dos argumentos biológicos em psiquiatria, conexa a novas nosologias que se propõem a ser encaradas como novas formas de subjetividade (como as supostas novas doenças da distímia, da fobia social, da bulimia, do pânico, e assim por diante).

⁵² A expressão teria sido divulgada por Carlos Matus e está presente no texto de Sá (1995).

Mesmo nos países desenvolvidos, a maioria das pessoas que necessitaram de tratamento psiquiátrico de longa duração não consegue inserir-se no mundo do trabalho. Os responsáveis por cuidar destas pessoas, em geral seus familiares, transformam-se no “lastro de sustentação dos programas de Saúde Mental comunitária” (Macedo, 1997:17). As famílias ou seus substitutos assumem, com a negativa de asilamento vitalício e a política de diminuição da oferta de internação, um papel que outrora o estado assumia através dos hospícios. Em Santa Catarina, palco deste estudo, o estado assumira este papel, de forma integral, por três décadas (de 1942 a 1971), e de forma relutante, parcial, daí em diante. Sendo importante para os programas de desinstitucionalização, o segmento constituído pelas famílias dos doentes mentais demanda atenção e pesquisa por parte dos profissionais da área. A família pode ser vista como um agente custodial, herdeira do hospício, mantenedora da segregação, ou como objeto a ser trabalhado, a receber apoio, informação, orientação. Que orientação e que informação seriam estas? Deixamos a pergunta no ar.

Tomando os discursos dos determinantes de saúde, em geral as pessoas concordam que as medidas de higiene mental seriam “casa, comida, trabalho, educação, lazer, liberdade e amor”(Macieira et al., 1985:7). Se, a princípio, o desenvolvimento econômico e o acesso a tais coisas não garante a saúde mental dos habitantes do Primeiro Mundo, ao menos é consenso que o aumento do nível sócio-econômico gera atitudes mais favoráveis em relação à doença mental. Segundo Stefani (1984, apud Galão e Ballester, 1995:49), quanto mais baixo o nível sócio-econômico, maior a proporção de sujeitos que sustentam crenças de que o doente mental seja portador de uma doença incurável, mantendo sentimentos de temor e desconfiança.

A função do profissional de Saúde Mental é modesta mas importante e atinge dois campos de ação, segundo Macieira (1985:7-8). Um sobre a totalidade da população, diante da qual compete-lhe a comunicação de conhecimentos práticos, como os efeitos do álcool, da auto-medicação e de outros tóxicos, os efeitos da carência protéica e vitamínica nos primeiros anos de vida, do stress crônico do trabalho penoso e alienante, da poluição sonora, da separação precoce entre mãe e filho, do hospitalismo de crianças e de adultos, por exemplo. Neste campo a ação seria eminentemente pedagógica. O outro seria restrito à faixa da população considerada doente ou em risco de adoecimento. Nela, gera-se a necessidade de discriminar o que é sofrimento em geral e o que é o sofrimento que demande atenção clínica e psicossocial.

Veja-se como nos movemos em terreno pouco claro. Há temas, mesmo em psiquiatria e psicologia, que comportam práticas educativas. Outros não. Se o inconsciente não aceita pedagogia, coloca-se a necessidade de definir, em bases epistemológicas, o que é prevenção e quais os seus limites, rejeitando a facilidade do empréstimo de conceitos adotados pela Saúde Coletiva:

“Prevenir? Talvez apenas prevenir a cronicidade como única possibilidade de prevenção primária. Talvez estejamos ainda na pré-história; talvez não seja ainda tempo de falar de prevenção - senão, evidentemente, como crítica teórica/prática da prevenção”
(De Leonardis, Mauri e Rotelli, 1990:86).

A falência do saber que supostamente seria transmitido pelos programas de educação popular aparece na história relatada pela mãe entrevistada, no final da Parte IV, A Lua, onde o rapaz copia e divulga um texto sobre os malefícios do cigarro. Ele próprio, porém, nunca parou de fumar. Mais do que nos fazer pensar sobre as impurezas do vício, a passagem nos leva a refletir sobre um divórcio que a habita. O texto aprendido na escola, decorado, é repassado ao filho, reproduzido por ele em xerox, divulgado qual panfleto. No entanto não tem efeitos práticos na sua vida de fumante. A sedução das palavras em si mesmas, do saber repetir, do “ser inteligente” por dizer coisas, sem que haja um comprometimento pessoal com o que é dito: aí está algo que não encaixa, que não permite ligação, que dificulta o aparecimento de sentido: *forclusão*⁵³ com que nos defrontamos na vida cotidiana, e mais ainda dentro dos serviços de Saúde Mental.

É, pois, inteligível que os progressos da reabilitação não tenham sido tão sensacionais quanto os progressos da psicofarmacologia nos últimos quarenta anos. E nos setores em que o foram, como no caso do efeito positivo das psicoterapias, os próprios técnicos têm dificuldades para acreditar, conforme a constatação de Kiesler (1985:406).

⁵³ Termo introduzido por Lacan, significa o mecanismo que estaria na origem do fato psicótico. Consistiria numa rejeição primordial de um significante fundamental para fora do universo simbólico do sujeito. Significantes forcluídos não são integrados no inconsciente do sujeito e podem retornar no real, como fenômeno alucinatório.

O estado, com suas instituições, é arena de interesses divergentes e discursos enganosos. Tais discursos eventualmente unificam-se pela diplomacia, na linguagem formal, desviando-se das conseqüências práticas. Por uma seletividade estrutural⁵⁴, leva adiante projetos e planos, enquanto retarda e mata outros. O estado tem seu tempo próprio, medido em décadas e em séculos. Incorpora discursos técnicos com lentidão e é a longo prazo que se pode medir seus feitos. Ao trabalhador, o tempo é mais rápido. Tem a ver com a brevidade de sua vida, não com a história das cidades e dos povos. As estruturas estatais pedem-lhe tarefas pouco criativas e repetitivas, limitadas pelas regras da burocracia e pela forma estatal de gastar o dinheiro. Um fato, como a demissão de parte do pessoal técnico e alterações no funcionamento de um serviço construído com entusiasmo, tem um peso brutal sobre os sujeitos. Os técnicos, para não perderem a auto-estima e cair num desânimo, cíclico em muitas organizações governamentais, desejam refletir sobre o que fazem e entender suas ações. Para evitar a sensação de *burn out*, de derreter-se e extinguir seu ânimo de trabalho diante de mudanças desagregadoras e dificuldades financeiras, precisam da clareza de estarem pacientemente tecendo um futuro cujo desenho é apenas parcialmente previsível. Tornam-se importantes na vida de outras pessoas e é, talvez, isto que os prenda a um trabalho suscetível de censuras e de cortes parciais, segundo vontades ou imprevistos políticos e orçamentários. O técnico, enquanto servidor público, vive dois tempos: o seu e o do estado. No tempo individual, age agora, na sua pequenez, dentro de uma máquina enorme. Vê efeitos de sua ação entre os que o cercam ou o procuram. No tempo histórico da instituição, planta na esperança de que outros colham. Em geral tem, como combustível, alguma esperança de melhora na instituição ou alguma utopia que o cativa.

O mundo globalizado não é o mundo da pequena comunidade. Quanto maior a urbe, menor a possibilidade de persistir o espírito de comunidade. Quanto maior o espaço virtual, mais o tempo é virtual. E mais distantes as pessoas ficam do mundo das “representações coletivas” de que falava Durkheim : as crenças unificadoras que davam sentido à vida do dia-a-dia dentro de uma determinada cultura.

⁵⁴ A expressão é do sociólogo alemão Claus Offe (1984). Um estudo envolvendo a seletividade estrutural na construção do SUS em Santa Catarina é encontrado em Magajewski (1994).

As crenças populares não se substituem da mesma forma como os processos industriais sucedem uns aos outros, numa fábrica, à medida que novas tecnologias vão sendo inventadas. Na medicina mesmo, as tecnologias novas nem sempre substituem as velhas: elas se somam e passam a ser usadas simultaneamente, complexificando e encarecendo os processos de diagnóstico e tratamento. Assim também ocorre no imaginário cultural dos povos. Representações sociais, no sentido dado por Moscovici (1978), de conhecimentos do senso-comum, socialmente elaborados e compartilhados, tomam termos da linguagem científica, tiram-nos dos padrões da ciência, simplificam-nos e banalizam-nos. A ciência produz senso-comum, também.

Não surpreendem os achados de Bernardi (1995), na “Nossa Casa”, uma espécie de CAPS de São Lourenço do Sul, no Rio Grande do Sul. Ali, o pesquisador se deparou com o que ele chamou de postura “*positivizada*” dos trabalhadores em Saúde Mental, na qual o conhecimento seria construído a partir de simplificações de teorias ou concepções científicas, derivadas do discurso médico. Se a ciência é o mito e a marca de nossa época, é dela que muitas representações sociais vão derivar. Porém, o pós-moderno é colcha de retalhos, pluralismo, convivência de crenças que não tendem a se unificar. É a negação do mundo da pequena comunidade (*comum-unidade?*), isolada e una.

Coincidentemente, há, ainda, neste mundo pós-moderno e de linguagem emprestada da ciência, resquícios de representações coletivas, ao modo antigo, sobrevivendo contra a urbanização, a escola e a televisão. Minoritárias e frágeis, sofrem a ameaça constante de serem engolidas ou recondicionadas. As religiões moldam-se aos novos tempos. Ao lado das *holdings* dos meios de comunicação surgem as novíssimas *holdings* religiosas, com os mesmos velhos deuses, demônios e milagres. A umbanda, por já ter nascido sincrética, talvez sofra menos estes abalos do que as igrejas.

Entre os médicos, representações hipocráticas e galênicas continuam em uso, tanto para conceituar saúde e doença, quanto para montar a relação com pacientes. Frisamos, baseados nesta observação, que o peso das transformações semânticas não apagou a vigência, no mundo moderno e pós-moderno, de representações clássicas que convivem, ora de forma conflituada, ora pacificamente, com novas representações. A permanência do antigo pode ser

sinal, se não de excelência, de eficácia. Eram os romanos que deixaram o brocardo⁵⁵ alertando que a antigalha deve ser abandonada, e abraçada a novidade, somente se há esperança de frutos mais abundantes.

Nas sociedades tribais o sobrenatural é uma experiência imbricada com toda a vida social. Nelas, a experiência religiosa não se separa do vivido e do visto no cotidiano. Não se trata de uma fé no sentido bíblico, individual, e sim de um processo coletivo.

Sexo, morte e experiência religiosa, nas sociedades modernas, tornaram-se assuntos privados. Com a globalização das informações, novas complexidades sobrepõem-se à sociedade, colocando em risco os já precários referenciais coletivos. Daí a busca da tribo, da vivência libidinal em grupo, perdida. Lembremos o casal Ortigues, que viu de perto o solapamento dos referenciais culturais africanos: “Quando as instituições consuetudinárias se desagregam, a bruxaria abunda; mágicos e adivinhos substituem sua antiga magistratura pela oficina do charlatão”(Ortigues e Ortigues, 1989:290).

O mal físico e moral, nas tradições religiosas, é persecutório. O demônio nasce deste mal-estar cercado de um clima paranóide. Se “não se rende culto a um poder sobrenatural que não se pode nomear” (Ortigues e Ortigues, 1989:133), as pessoas do início do século XXI acham-se imersas em um espaço e uma temporalidade novos, cheios de “*daimons*”, coisas inomináveis ou denominadas por termos científicos não familiares. Até a invocação do deus desconhecido implica em fórmulas que substituem o seu nome. O Oráculo de Delfos dava o nome ao *daimon* que se manifestava em alguma circunstância. Os exorcistas medievais pediam ao demônio que se anunciasse, fixando o possuído na confissão de um nome próprio. A técnica do exorcismo visa o eu disperso e disseminado, que desliza “de casa em casa sobre o tabuleiro dos nomes próprios do discurso demonológico: ‘-Eu sou Asmodeu’, ‘-Eu sou Isaac’, ‘-Eu sou Leviatã’...” (Filhol, 1996:15).

O que se lê na demonologia é a instabilidade dos lugares do sujeito, a dispersão do sujeito numa rede de vozes enlouquecidas, ameaça real de esvanecimento do locutor, desapossamento da linguagem, diz-nos Filhol.

⁵⁵ “Antiquitas suo loco relinquenda, novitas aplectenda si spem ferat uberioris fructus”. Uma forma brasileira, de passar a idéia, e que talvez ajude a explicar a lógica da permanência de representações tão velhas, está no ditado popular “em time que está ganhando não se troca jogador”.

Os esforços educativos da higiene e da Saúde Coletiva, a longo prazo, tiveram vários sucessos dignos de nota. Estão praticamente realizados os sonhos de cada lar ter o seu “aparelho sanitário” para as pessoas defecarem nele, de todos terem uma relação de dependência para com o papel higiênico, de ser corriqueiro chegar a um restaurante e lavar as mãos, de escovar os dentes todos os dias, após cada refeição principal, com uma pasta química alcalina e abrasiva. A diminuição da cárie dentária, da diarreia, da pneumonia, do câncer ginecológico, de problemas oftalmológicos e de tantas outras doenças ocorreu graças a estratégias de prevenção, de informação e de educação.

Na Saúde Coletiva os meios de comunicação - os *mídia* - vêm integrar tais estratégias de persuasão sobre a população. O objetivo é fazer os indivíduos aceitarem e cumprir providências recomendadas pelas autoridades sanitárias (Rocha Pitta, 1995:241) e modificar o comportamento individual e da comunidade no sentido da adoção de hábitos que mantenham a saúde. Daí a preocupação dos sanitaristas com o aumento da eficácia dos processos de transferência de informações. As mensagens veiculadas funcionam como noções, que entram em tensão com situações concretas. Na Saúde Mental, caberia considerar as perguntas: ao estado cabe investir na propaganda e nas campanhas educativas ao público? Não seria mais ajuizado investir apenas na formação de profissionais?

É complexa a questão da transferência, pelos meios de comunicação, de decalques de sentido ou de representações entre sujeitos. Discursos e práticas sociais se constroem “em situação”, cheias de singularidades. Assim como psicoterapia se dá “em contexto psicoterápico”, e psicanálise se dá em “setting analítico”. Recentemente, mesmo a Saúde Coletiva, em especial após a epidemia de AIDS, se coloca reflexões sobre o valor de noções epidemiológicas como “população-alvo”, “causa”, “fator de risco”, no que diz respeito a estratégias de comunicação. A Saúde Coletiva defronta-se com a lacuna entre a pretensão da norma e a concretude dos processos de adoecimento (Rocha Pitta, 1995:244).

A representação, que sempre foi conceito importante na filosofia e na psicologia, sofre um eclipse nas ciências sociais, após Durkheim, para reaparecer nos anos noventa. Entre outras coisas, pela amplificação do imaginário, originada das novas tecnologias de comunicação e da globalização da economia.

Diante desta amplificação, a nova hipótese serotoninérgica da esquizofrenia acha modos de verter-se em discurso popular. Acha modos de falar-se no senso comum, pelo esforço de especialistas que escrevem manuais reducionistas, com objetivos educativos, endereçados a pacientes, ou pelo esforço de jornalistas que alardeiam as teorias da ciência como descobertas sensacionais. E o discurso originalmente complexo, reificado, da pesquisa em torno de uma hipótese, ao ser vertido ao senso comum, vai conviver, lado a lado, com os sucessores de Satanás, Asmodeu, Leviatã.

O imaginário cultural que sustenta o fisicalismo⁵⁶ do fim do século XX cumpre o papel de ser uma face da mesma moeda do mundo do exorcismo. Um e outro se complementam no imaginário popular: remédios que supostamente curam a esquizofrenia e a depressão convivem em paz com o demônio que desgraça o corpo enfraquecido.

Alguns profissionais, profundamente marcados pela divisão cartesiana entre mente e corpo, tendem, em certos momentos, a um apego a concepções unificadoras. Tendem a censurar os discursos que os confrontem com a complexidade. O sociólogo Thomas Scheff foi o pai da *teoria da rotulação*, que nos anos sessenta lançou o debate sobre o quanto o etiquetamento do paciente, em nome de uma doença, o aprisiona e causa preconceitos nos profissionais. Scheff (1966:25-27, 1978:21) precisa, repetidas vezes, enunciar que “o propósito desta teoria *não* é rejeitar as formulações psiquiátricas e psicológicas na sua totalidade”, as quais “tiveram, e continuarão a ter funções úteis na teoria e na prática relacionadas com a doença mental”, e que sua denúncia ao abuso dos rótulos visa “complementar” os modelos e não substituí-los. Giovanni Jervis, ao lançar um manual crítico de psiquiatria muito lido na Itália, à época do plebiscito da Lei 180, sente que muitos técnicos deixam de buscar os conceitos e as tradições de saber para se acomodar na repetição de algumas críticas feitas a tais conceitos e tradições. A tematização de tais críticas assume feição de objeto de consumo. Daí a advertência contra a crença simplista de que em psiquiatria basta ser intuitivo: “é absolutamente necessário também estudar” (Jervis, 1978:19). Basaglia, ao colocar entre parênteses a doença mental, faz um procedimento metodológico de redução eidética, que jamais anula a busca de um saber fenomenológico e clínico.

⁵⁶ Doutrina que pretende afirmar não existirem referentes psicológicos, que o não visto, constituinte do psiquismo, não tem referente. Fundamentada na divisão mente-corpo, organiza um campo imaginário onde os sujeitos passam a ser conhecidos como fenômenos de algo que se passa no corpo, em parâmetros neurais.

O discurso sobre a cidadania do doente mental tem aceitação crescente em nosso país, a partir do Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em 1978, em Balneário Camboriú, Santa Catarina. A incorporação de tal discurso nas políticas de Saúde Mental e no cotidiano dos técnicos tem uma importância que não precisa ser aqui discutida. Ela tem um papel complementar extremamente necessário. Porém, este discurso não autoriza a negação do estudo das concepções que correm nos meios psiquiátricos e psicanalíticos. Não os substitui, como os cuidados sociais e jurídicos não substituem os cuidados psicológicos e médicos.

Reduzir a questão da loucura ao discurso social e legalista da cidadania é um processo semelhante ao que reduz a questão da loucura à sua base neural, à sua bioquímica. Apesar de haver uma pluralidade de discursos, suas estruturas podem ser muito parecidas.

Classificações redutoras, antecipações apriorísticas e palavras de ordem: elas rondam, à busca de morada, tanto o fisicalismo, que faz adeptos entre psiquiatras ditos biológicos, quanto os sociologismos e os legalismos, que buscam acolhida em interstícios de movimentos anti-manicomiais. A vitalidade de seus conflitos mostra-nos a face da época.

No mundo do cotidiano, a avidez pelas fórmulas fáceis de consumir e pelas receitas milagrosas, que aliviam o mal-estar a partir de fora, compráveis no supermercado da vida, concorre para o êxito tanto do misticismo quanto das visões fisicalistas. A virada do século tenta expulsar o mal pela ladainha de “Xô, Santanás!” e deseja que a farmácia venda a droga da felicidade.

Lembremos o inovador Busnello (1976:281) nos anos setenta, em seu projeto-piloto de saúde comunitária, em Porto Alegre: “o trabalhador em Saúde Mental deverá estar atento para desfazer crenças, tabus e atitudes existentes dentro da comunidade”. O tema talvez retorne, através do Programa de Saúde da Família, que o Ministério da Saúde vem, embrionariamente, buscando implementar no país, com chances bem maiores do que as havidas nos setenta. O estado, na época, não conseguiu comprar a idéia da medicina e da psicologia comunitárias, qual seja, a de “desmistificar”. Caso o tivesse feito, veríamos, poucos anos depois, um modesto “trabalhador em Saúde Mental” a concorrer com o poderoso Satanás e com drogas da felicidades - alopáticas, homeopáticas, fitoterápicas e “florais” - que se transportam por eletromagnetismo nas redes de televisão.

Uma das tendências da época é a da subjetividade substituída por campos imaginários, nos quais os sujeitos passam a se reconhecer como herdeiros de uma promessa de felicidade natural, à qual se interpõe um mal exógeno e desconhecido. Mal que não é seu, que não é de ninguém, que não é da gente, que é por simples erro químico, por encosto de algum espírito ou por parasitismo do demônio. Poderíamos colocar aí, também, outro demônio exterior e pouco definido, apontado por Botarelli e Binelli (1997:5). É o “social”, enquanto representação abstrata, acusado de expulsivo, desinteressado, indiferente, antropomorficamente perseguidor. A doença - dor, sofrimento - torna-se, pois, intruso que fatalisticamente invade as vítimas, que nada têm a ver com ela. A saúde, em nossa fase do capitalismo, é mercadoria que se confunde com felicidade. Mais do que nome de utopia, apresenta-se “dando forma ao objeto de desejo”(Lefèvre, 1995:139).

A revolução de Pinel, em 1793, tentou, mas não substituiu a metáfora da “possessão” pela metáfora da “doença”. É possível que no templo-hospital de Esculápio, da Antiga Grécia, onde se mesclava o tratamento das doenças com a religião e o misticismo (Graeff, 1997:19), ao tempo em que Hipócrates descrevia quadros melancólicos, maníacos e paranóides como doença (Abdo, 1996:20), ambas as metáforas já convivessem.

Há representações que poderíamos chamar de “oficiais” e de “hegemônicas”, mais visíveis na língua escrita. Mas há outras, paralelas, marginais mas nem tanto, num convívio perene em relação às primeiras, a anos-luz da uniformidade.

O profissional da Saúde Mental, como todos os humanos, muitas vezes não sabe nem de si. Não se conhece. Age num campo onde se implicam intersecções e interlocuções, encontros de diferentes discursos, à espera de ouvidos que escutem. O objeto de suas disciplinas é vislumbrado na penumbra do mundo do desejo, do som e da fúria que pulsam no inconsciente, em permanente choque com o ideal da igualdade proposto pelas doutrinas geradoras do tratamento moral.

O centro de atenção psicossocial pode vir a ser, num certo sentido, local de resistência, talvez, da coletividade, onde sexo e morte possam voltar, por alguns momentos e sem perversão, a ser assuntos faláveis, nos rituais a dois ou em grupo. Os rituais iniciáticos religiosos nem sempre - quiçá no mais das vezes - dão conta da psicose. O delírio não é um

transe de ritual místico e coletivo e nem o ritual é um delírio. Num CAPS é possível criar-se o ambiente para práticas de solidariedade, tolerância e, ao mesmo tempo, de demarcação de limites, de reflexões éticas e produção de civilização. É isto que os tempos pós-modernos e de globalização correm o risco de descurar. Na medida em que tudo pode vir a ser possível e tudo parece ser permitido, se todas as atitudes de equivalência, desde que tenham sucesso e aprovação, não há mais leis seguras, além das do comércio, da competição, da primazia da realidade instrumental, da lógica da máquina eficaz.

Temos máquinas para nos locomovermos no espaço virtual sem nos movermos da poltrona. Na lista de prioridades das favelas, o televisor precede a geladeira. As portas do século XXI acenam com mais informações, mais liberdade, mais concorrência, mais instabilidade, onde, à espreita, estão o acidente, o desconhecido e o fortuito. O que metia medo por residir na morte, reside no cotidiano. O Édipo, na globalização, é um enigma que transborda para dentro dos serviços de atenção psicossocial. A identidade pessoal implica em mais do que metamorfoses pelas quais possa passar. A “invencibilidade da substância humana”(Ciampa, 1994:182) como produção histórica e material não é uma propriedade, uma determinação ou um destino. A barbárie também é uma possibilidade.

No vazio simbólico, o que se vê são corpos fragmentados, vozes do desejo que parecem vir de fora, de lugar algum. Ali, parece que as ninfas brotam das matas e que da terra nascem os homens, por autoctonia, como nos mitos. Ali não se sabe que as pessoas nascem de casais sexuais. Que a reprodução, em civilização, implica em uma regularidade de alianças trabalhada, às vezes arduamente, entre homens e mulheres.

Marcada pelas formas destas alianças, a identidade pessoal significa poder se reconhecer e se fazer reconhecer na comunicação com os outros, em vários papéis, na primeira pessoa do singular. O sentimento de si passa pela identificação com os pais, enraíza-se no nome, na história, na imagem do corpo, na língua, na comunidade. Na *Aldeia Global* é mais fácil perder-se no anonimato coletivo. Daí a busca das pessoas, em direção à “função sistematizante do oráculo na ética de uma comunidade”(Ortigue e Ortigue, 1989:290).

Quanto de oráculo os técnicos da Saúde Mental devem ter? Podem exercer alguma função sistematizante? Com que ética? Não é ao acaso, pois, que a psicologia, a psiquiatria, o

serviço social, a enfermagem e a terapia ocupacional, enquanto vivendo em instituições estatais de assistência, estejam limitadas pelo que se chama de Saúde Mental. Ali, integram uma subdivisão, uma espécie de departamento da Saúde. Para não cair na tentação de transformar-se em oráculo, em pessoa que responde em nome dos deuses, o profissional adota a ética hipocrática. Trabalha não como mediador dos deuses (e nosso grande deus, hoje, é a ciência, que promete tudo saber e tudo poder), mas como mediador entre humanos.

Para São Jorge, o santo guerreiro da Lua, deve haver algo interessante por ocasião do perilúnio, quando um cometa se aproxima do satélite natural. Para os humanos, há um brilho especial, no perigeu, quando a Lua se aproxima da Terra.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, N. (1970). **Dicionário de Filosofia**. São Paulo: Mestre Jou.

ABDO, C.H.N. (1996). **Armadilhas da Comunicação. O Médico, o Paciente e o Diálogo**. São Paulo: Lemos.

ABIB, J.A.D. (1993). "A Psicologia É Ciência?" *Ciência É Articulação de Discursos da Filosofia, da História da Ciência e da Psicologia. Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, vol.9 nº 3, pp. 465-486.

_____ (1995). **Revoluções Psicológicas: um Retorno a Wilhelm Wundt, William James, e Outros Clássicos**. São Carlos: D.F.M.C., U.F. São Carlos. (mimeog.).

_____ (1995a) **Epistemologia, Transdisciplinaridade e Método**. São Carlos: UFSCar (mimeog.).

_____ (1995b) **Roteiro de Aula sobre Filosofia, Psicologia e Contexto de Declínio do Pensamento de Wundt**. São Carlos: Dpto. Filos. Met. Ciências/UFSCar (mimeog.).

ABRIC, J.C. (1994). *Les Représentations Sociales: Aspects Theoriques*. In Abric, J.C. (org.). **Pratiques Sociales et Représentations**. Paris: Presses Universitaire de France.

ALEXANDER F., SELESNICK, S. (1980). **História da Psiquiatria**. São Paulo: Ibrasa.

ALTHUSSER, L.(1976). Freud et Lacan. *Positions*. Paris: Ed. Sociales. Apud Dosse, F. (1993). **História do Estruturalismo. I. O Campo do Signo, 1945/1966**. São Paulo: Ensaio.

ANNES PUBLISHING LTD. (Prod.)(1996). **Dragons. Na Anthology of Verse and Prose.**

Nova Iorque: Smithmark Publishers.

ALEXANDER, L. (1956). **Tratamiento de las Enfermedades Mentales.** Buenos Aires:

Editorial Médico - Quirúrgica.

AMARANTE, P. (Org) (1994). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** Rio de

Janeiro: Fiocruz.

_____ (1995). **Loucos pela Vida. A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz.

_____ (1996). **O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria.** Rio de Janeiro: Fiocruz.

ANDERY, A.A. (1994). **Psicologia na Comunidade.** In Lane, S., Codo, W. (1994).

Psicologia Social - O Homem em Movimento. 14a. ed. São Paulo: Brasiliense.

ARRIVÉ, M. (1994). **Lingüística e Psicanálise: Freud, Saussure, Hjelmslev, Lacan e os Outros.** São Paulo: Edusp.

ARROJO, R., RAJAGOPALAN, K. (1992). **A Noção de Literalidade: Metáfora**

Primordial. In Arrojo, R. (org.) (1992). **O Signo Desconstruído.** Campinas: Pontes.

ARROYO, S. (1993). **Astrologia, Psicologia e os Quatro Elementos.** 9ª ed. São Paulo:

Ed. Pensamento.

ARRUDA, S. L. S. (1996). **Prefácio.** In Marçal Ribeiro, P. R. (1996). **Saúde Mental:**

Dimensão Histórica e Campos de Atuação. São Paulo: EPU.

ARTHUR, R.J. (1971). **Na Introduction to Social Psychiatry.** Harmondsworth: Penguin

Books. Apud De Salvia, D., Crepet, P. (1982). **Psichiatria Senza Manicomio.**

Epidemiologia Critica della Riforma. Milão: Feltrinelli.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (1995). **DSM IV - Manual Diagnóstico**

e Estatístico de Transtornos Mentais. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

- ATLAN, H. (1986). *Con Razón y sin ella. Intercritica de la Ciencia y del Mito*. Barcelona: Tusquets. Apud Castiel L. D. (1994). **O Buraco e o Avestruz**. Campinas: Papirus.
- ATTENASIO, L., BONDIOLI, C., BRIGNONE, A. et al. (1982) Arezzo: Attuazione della Riforma Sanitaria ed Attualità della Lotta Antiistituzionale. In De Salvia, D. Crepet, P. (org) (1982). **Psichiatria Senza Manicomio**. Milão: Feltrinelli.
- AUROUX, S. (1994). A Hiperlíngua e a Externalidade da Referência. In: Orlandi, E.P. (Org) (1994). **Gestos de Leitura - da História no iscurso**. Campinas: Ed. Unicamp.
- AZEVEDO, R.(sem data). **Na Era da Astronáutica**. São Paulo: Ed. do Brasil.
- BACIGALUPI, M. et al. (1982). Psichiatria a Roma. Ipotesi e Proposte per l'uso di Strumenti Epidemiologici in una Realtà in Trasformazione. In De Salvia, D., Crepet, P. (org) (1982). **Psichiatria Senza Manicomio - Epidemiologia Critica della Riforma**. Milão: Feltrinelli.
- BAKER, L.R. (1987). **Saving Belief. A Critique of Physicalism**. Princeton: Princeton University Press.
- BALDESSARINI, R. J. (1996). First-Episode Psychosis: Effect of Duration of Hospitalization on Outcome. **Current aproaches to psychoses**. V.5 out, 1996. Belle Mead, N. J.: Excerpta Medica.
- BANDEIRA, M., LESAGE, A., MORISSETTE, R. (1994). Desinstitucionalização: Importância da Infra-Estrutura Comunitária de Saúde Mental. **J bras Psiq.** 43(12) 659-666, 1994.
- BANGERTER, A. (1995). Rethinking the Relation Between Science and Common Sense: A Comment on the Current State of SR Theory. **Papers on Social Representations**. (1021 - 5573) Vol. 4(1), 61-78.
- BARNES, M., BERKE, J. (1977). **Viagem através da loucura**. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

- BARP GARCIA, I., MASCARELLO, T.V.N.(1996).**Proposta da Linha de Pesquisa.** Florianópolis: Mestrado em Psicologia/ Discurso e Construção da Subjetividade. (mimeo).
- BARTHES, R. (1978). **Mitologias.** Rio de Janeiro: Difel.
- BASAGLIA, F. (1973). **Che Cos'È la Psichiatria?** 2ª ed.Turim: Einaudi.
- _____ (1980). Intervento. In Onnis L., Lo Russo, G. (1980). **Dove Va La Psichiatria?** Milão: Feltrinelli.
- _____ ([1967]1980). Crisi Istituzionale o Crisi Psichiatrica? **Fogli di Informazione**, nº 68/69, outubro, 1980. Pistóia: Centro di Documentazione.
- _____ (org) (1980a). **L'Istituzione Negata.** Turim: Einaudi.
- BASAGLIA, F., ONGARO, F.B. (1978). **La Maggioranza Deviante.** 6ª ed. Turim: Einaudi.
- BASAGLIA, F., ONGARO, F.B. (1978a). Introduzione. In Goffman, E. (1978). **Asylums - Le Istituzioni Totali: i Mecanismi dell'Esclusione e della Violenza.** (6ª.ed.). Turim: Einaudi.
- BASAGLIA, F., ONGARO, F.B., CASAGRANDE, D., JERVIS, G., COMBA, L.J., PIRELLA, A., SCHITTAR, L., SLAVICH, A. ([1968] 1994). Considerações sobre uma Experiência Comunitária. In Amarante, P. (org)(1994). Ibid.
- BAUMER, F. L. (1990). **O Pensamento Europeu Moderno.** Séc. XIX e XX. Vol. II. Lisboa: Ed. 70.
- BELSEY, C. (1994). **Critical Practice.** Londres/ Nova Iorque: Routledge.
- BENDER, M.P. (1978). **Psicologia da Comunidade.** Rio de Janeiro: Zahar Ed.
- BECHELLI, L.P.C.(1993). Mensagem da Sociedade Brasileira de Psiquiatria Clínica. In NIMH (1993). **A Década do Cérebro - Medicamentos Psicoativos.** Ribeirão Preto: DHHS nº (ADM) 92-1509.

- BENOIST, J., CATHEBRAS, P. (1993). The Body: From an Imateriality to Another. **Social Science and Medicine**. Vol. 36 n. 7, 1993. pp. 857-865.
- BENVENISTE, E. (1975). Cap. 5. Comunicação Animal e Linguagem Humana. In Benveniste, E. (1975). **Problemas de Lingüística Geral**. Campinas: Ed. Unicamp.
- BERLINGUER, G. (1976). **Psiquiatria e Poder**. Belo Horizonte: Interlivros.
- BERLINGUER, G. (1988). **Análise Comparativa das Reformas Sanitárias Itália-Brasil**. Rio de Janeiro: NUPES (mimeog.).
- BERNARDES, J.S. (1995). **A Representação Social da Loucura: a Face Oculta do Discurso Médico**. (dissert. Mestrado). Porto Alegre: PUCRS
- BINSWANGER, L. (1938). La Conception de l'Homme Chez Freud à la Lumiere de l'Anthropologie Philosophique. *Evol. Psych.* F I 3, 1938. Apud Basaglia F. ([1967]1980).Ibid.
- BIRMAN, J. (1980). **Enfermidade e Loucura - Sobre a Medicina das Inter-Relações**. Rio de Janeiro: Ed. Campus.
- BIRMAN, J. , SERRA, A. (1988). **Os Descaminhos da Subjetividade**. Niterói: UFF.
- BLUMENTHAL, A. L. (1980). Wilhelm Wundt and Early American Psychology: A Clash of Cultures. In Rieber, R. W., Salzinger, K. (eds.) (1980). **Psychology: Theoretical - Historical Perspectives**. New York: Academic Press.
- BOLTANSKI, L. (1979). **As Classes Sociais e o Corpo**. Rio de Janeiro: Graal.
- BOND, L.A., MAGISTRALE, A.S. (1987). **Writer's Guide. Psychology**. Lexington: D.C. Heath.
- BOTARELLI, P., BINELLI, M. (1997). Psichiatria Pubblica e Legge 180: Considerazioni Storiche e Prospettive Future. **POL. It Psychiatry On Line**, Servizi Territoriali, Priory Lodge.
- BOURDIEU, P. (1996). **A Economia das Trocas Linguísticas: o que Falar Quer Dizer**. São Paulo: EDUSP.

- BOYER, J. P., BARRETO, A (1996). **L'Indien qui Est en Moi: Itineraire d'un Psychiatre Brésilien**. Paris: Descartes.
- BREMMER, J., ROODENBURG, H. (1993). **A Cultural History of Gesture**. 2^a ed. Nova Iorque: Cornell University Press.
- BÜCHELE, F. (1995). Ação 046 - Revisão e Redimensionamento do Programa de Saúde Mental, apud Silva, H.L. (coord.) (1995). **Projeto 005 - Programa de Saúde Comunitária**. Diretoria de Assuntos Ambulatoriais. Florianópolis:SES (mimeog.).
- BUENO, F.S. (1988). **Grande Dicionário Etimológico-Prosódico da Língua Portuguesa**. São Paulo: Ed. Lisa.
- _____. (1992). **Dicionário Escolar da Língua Portuguesa**. 11^a. ed. 12^a. tiragem. Rio de Janeiro: FAE/MEC.
- BUSNELLO, E.A.A. (1976). **A Integração da Saúde Mental num Sistema de Saúde Comunitária**. (Tese de Livre Docência). Porto Alegre: D.P.M.L., UFRGS.
- BUSSOLA, C. (1990). Alguns Aspectos da Cultura dos Descendentes dos Imigrantes Italianos no Estado do Espírito Santo. In de BONI, L.A . (1990). **A presença italiana no Brasil**. Vol. II. Turim: Fondazione Giovanni Agnelli. Porto Alegre: Escola Sup. Teologia.
- CABRAL, O.R.(1979). **Nossa Senhora do Desterro**. Florianópolis: Lunardelli.
- CAETANO, D., STELA, F.(1993). O Discurso de Pacientes Deprimidos de Centro de Atenção Primária. **J.Bras.Psiq.**,42 (mpa.1): 17s-22s,1993.
- CALDERARO, N., FERRANNINI, L. et al. (1982). Fatti e Idee Prevalenti di Quattro Anni di Riforma a Genova. In De Salvia, D., Crepet, P. (org) (1982). Ibid.
- CALLIGARIS, C.(1989). **Introdução a uma Clínica Diferencial das Psicoses**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- CAMERON, N. (1943). The Paranoid Pseudocommunity. *American Journal of Sociology*, 46, 1943, p.33-38. Apud BASAGLIA, F., ONGARO, F.F. (1978). Ibid.

- CAMPOS, F. C. B. (Org) (1992). **Psicologia e Saúde: Repensando Práticas**. São Paulo: Hucitec.
- CANGUILHEM, G. (1982). **O Normal e o Patológico**. 2.^a ed. Rio de Janeiro: Forense - Universitária.
- CAPLAN, G. (1980). **Princípios de Psiquiatria Preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar
- CASAGRANDE, D., GABRIELLE, G., GALANTE, S., GASPERONI, S., (1982) Demanicomializzazione e Neomanicomializzazione nella Realtà di Venezia. Dal Vecchio Manicomio ai Nuovi Servizi Territoriali. In De Salvia, D., Crepet, P. (org) (1982). **Psichiatria Senza Manicomio**. Milão: Feltrinelli.
- CASCUDO, L. C. (1983). **Anúbis e Outros Ensaios. Mitologia e Folclore**. 2.^a ed. Rio de Janeiro: Funarte/Inf, Achiamé, RFRN.
- _____ (1978). **História dos Nossos Gestos**. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: EDUSP.
- CASTIEL, L. D. (1994). **O Buraco e o Avestruz - A Singularidade do Adoecer Humano** Campinas: Papirus.
- CASTILLA DEL PINO, C.(1978). **Viejo y Nueva Psiquiatria**. Madrid: Alianza Editorial.
- CAVALCANTI, M. T. (1996). A Psiquiatria e o Social : Elementos para uma Discussão. **Cadernos do IPUB**, nº3, 2.^aed. Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria/UFRJ.
- CERQUEIRA, L. (1989). **Psiquiatria Social: Problemas Brasileiros de Saúde Mental**. Rio, São Paulo: Atheneu.
- CESCON (1995). "Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva"3.^a ed. In **Saúde Mental Coletiva**, Ano II, nº 2, março 1995. P. 60-61; Fórum Gaúcho de Saúde Mental, FAT/URCAMP.
- CHEBABI, W.L. (1974). O Retorno à Clínica. In Vital Brazil, H., Pellegrino,H. et all (1974). **Psicanálise em crise**. Petrópolis: Vozes.
- CHIERICI, M. (1997). **Matti da Slegare. Manicomi e Dintorni 2/ Il Caso Italiano**.

- CIAMPA, A.C. (1994). **A Estória do Severino e a História da Severina**. 4ª ed. São Paulo: Brasiliense.
- COCAL DO SUL, PREFEITURA MUNICIPAL (1996). **Orgulho de Cidade (Relatório de uma Gestão)**. Cocal do Sul: Sec. Administração Gov. Municipal. Criciúma: Gráfica e Editora Tabajara.
- COMMELIN, P.(sem data) **Mitologia Grega e Romana**. Ed. Tecnoprint.
- CONTINI, E. (1995). **Un Psychiatre dans la Favela**. Paris: Les empêcheurs de penser en rond.
- COOPER, D. ([1967] sem data) **Psiquiatria e Antipsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva.
- CORDEIRO, H. (1980). **A Indústria da Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal.
- CORREA, J.M. (1980). **Estudo da Influência das Leis de Proteção ao Doente Mental sobre a Assistência Psiquiátrica**. (Tese). Ribeirão Preto:UFRP.
- COSTA, J.F. (1976). **História da Psiquiatria no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Documentário.
- _____. (1979). **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: Graal.
- _____. (1994). Apresentação. In Godberg, J. (1994). **A Clínica da Psicose: Um Projeto na Rede Pública**. Rio de Janeiro: Te Corá.
- COSTA, N.R., MINAYO, C.S. , RAMOS, C.L., STOTZ, E.N. (orgs.) (1989). **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde**. Petrópolis: Vozes.
- COSTA R. (1990). Culto a Maria entre os Descendentes Italianos no Rio Grande do Sul. In de BONI, L. A . (1990). **A presença italiana no Brasil**. Vol. II Turim: Fondazione Giovanni Angelli. Porto Alegre: Escola Sup. Teologia.
- CUTTING, W. (1978). Papel do Médico no mundo em Desenvolvimento. In Medicus Mundi (1978). **Novos Caminhos na Promoção da Saúde**. São Paulo: Paulinas.
- DALLARI, S.G. (1985). **Municipalização dos Serviços de Saúde**. São Paulo: Brasiliense.

DANZIGER K. (1980). On the Threshold of the New Psychology: Situating Wundt and James. In Bringmann W. G., Tweney R. D. (1980). **Wundt Studies**. Toronto: C. J. Hogrefe.

_____ (1979). The Positivist Repudiation of Wundt. **Journal of the History of the Behavioral Sciences**, 15 (1979): 205-230.

_____ (sem data). Wundt's Theory of Behavior and Volition. In Rieber, R. W. (ed.). **Wilhelm Wundt and the Making of a Scientific Psychology**. Nova Iorque/Londres: Plenum Press.

DE BONI, L. A . (1990). **A presença italiana no Brasil**. Vol. II. Turim: Fondazione Giovanni Angelli. Porto Alegre: Escola Sup. Teologia.

DE LEONARDIS, O., MAURI, D., ROTELLI, F.,([1982]1990). Prevenir a Prevenção. In Rotelli, F., De Leonardis, O., Mauri, D., De Risio, C. (1990) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec.

DE SALVIA, D., MORETTO, D., LANZONI, V., COSTA, A., ([1974] 1975). Psichiatria di Territorio e Contradizioni Istituzionali. In MINGUZZI, G.F. et al. (1975).**La Pratica della Follia: Atti del 1 Convegno Nazionale di Psichiatria Democratica**. Veneza: Centro Internazionale di Studi e Ricerche.

DE SALVIA, D., CREPET, P. (1982). **Psichiatria Senza Manicomio - Epidemiologia Critica della Riforma**. Milão: Feltrinelli.

DEJOURS, C. (1991). Repressão e Subversão em Psicossomática. Pesquisas Psicanalíticas sobre o Corpo. Rio: Zahar. Apud CASTIEL L. D. (1994). Ibid.

DENIKER, P, GINESTET, D.(1977). Efeitos Psíquicos dos Neurolépticos. In **Confrontações Psiquiátricas**. São Paulo: Rhodia.

DIÁRIO OFICIAL (15/4/1948). Mensagem à Assembléia Legislativa pelo Governador Aderbal Ramos da Silva. Florianópolis: Imp. Oficial. Estado de Santa Catarina

_____ (24/3/1971). Decreto SES/10. Florianópolis.

- DONNANGELO, M.C.F., PEREIRA, L. (1976). **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades.
- DOSSE, F. (1993). **História do Estruturalismo**. Vol. I. **O Campo do Signo, 1945/1966**. São Paulo: Ed. Ensaio. Campinas: Ed. da UNICAMP.
- _____ (1993a). **História do Estruturalismo**. Vol. II. **O Canto do Cisne, de 1967 aos Nossos Dias**. São Paulo: Ed. Ensaio. Campinas: Ed. da UNICAMP.
- DRIESSEN, H. (1993). Gestured Masculinity: Body and Sociality in Rural Andalusia. In BREMMER, J. , ROODENBURG, H. (1993). *Ibid*.
- DUARTE, L. F. D. (1986). **Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar/CNPq.
- ENRIQUEZ, E. (1990). **Da Horda ao Estado - Psicanálise do Vínculo Social**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- ESCARAVACO, A.(ed.)(1994). **Urussanga: As Imagens da História**. Urussanga: Emp. Comunicação e Assessoria.
- ESQUIROL, J.E.(1838). De la Manie. In Des Maladies Mentales. Tomo II. Apud Machado, R. et all (1978). **Danação da Norma**. Rio de Janeiro: Graal.
- FÁVERO, L. L. (1995). **Coesão e Coerência Textuais**. São Paulo: Ed. Ática.
- FÁVERO, L.L., KOCH, I.V. (1983). **Linguística Textual - Introdução**. São Paulo: Cortez. Apud FÁVERO, L. L. (1995). *Ibid*.
- FARR, R. M. (1983). Wilhelm Wundt (1832-1920) and the Origins of Psychology as an Experimental and Social Science. **British Journal of Social Psychology** (1983) 22, p. 289-301.
- FEYERABEND, P. (1975). **Contra o Método**. 3. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- FIGUEIRA, S.A. (coord.)(1978). **Sociedade e Doença Mental**. Rio de Janeiro: Campus.

- FIGUEIREDO, A .C., SILVA FILHO, J.F.(orgs)(1996). **Ética e Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Topbooks.
- FILHOL, E. (1996). **A Heterogeneidade Enunciativa no Discurso do Psicótico**. Seminário Langue, Discours, Sujet. Paris. (mimeo).
- FOUCAULT, M. (1971). *L'Orde du Discours*. Paris: Gallimard. Apud Mالدیدیر, D, Normand, C. , Robin, R. (1994): Discurso e Ideologia: bases para uma pesquisa. In Orlandi, E.P. (Org) (1994) **Gestos de Leitura**. Campinas: Ed. da UNICAMP.
- _____.(1975). **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- _____. (1979). **Storia Della Folia nell'Età Classica**. (4ªed.). Milão: Rizzoli.
- _____. (1979).. **Microfísica do Poder**. 2a. ed. Rio de Janeiro: Graal.
- _____. (1995). **As Palavras e as Coisas**. São Paulo: Martins Fontes.
- FRAZER, J. G. (1925). *Le Bouc Émissaire, Etude Comparée D'Histoire des Religions*. Paris: Paul Geuthner. Apud Xanthakou, M. (1989). **Idiots de Village: Conversations Ethnopsiquiatriques en Péloponnèse**. Toulouse: Presses Universitaires Du Mirail.
- FREIRE, P. (1973). **Uma Educação para a Liberdade**. Porto:José M.C.S. Ribeiro.
- _____. (1975). **Pedagogia do Oprimido**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra
- FREITAS, M. C. (1989). Representação. In **Logos Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia**. Vol. 4. Lisboa, São Paulo: Ed. Verbo..
- FREUD, S. ([1893] 1990) Charcot. In Freud, S.(1980). **Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Vol.III. Rio de Janeiro: Imago..
- _____. ([1895] 1990). Projeto para uma Psicologia Científica.In Id. Ibid.Vol. I.
- _____. ([1900] 1990). A Interpretação dos Sonhos. In Id. Ibid. Vol. V.
- _____. ([1914] 1990). Sobre o Narcisismo: uma Introdução. In Id. Ibib. Vol.XIV.
- _____. ([1917] 1990). Luto e Melancolia. In Id. Ibid. Vol.XIV.

_____ ([1919] 1990). O "Estranho". In Id. Ibid. Vol.XVII.

_____ ([1920] 1990). Além do Principio do Prazer. In Id. Ibid. Vol. III.

_____ ([1921] 1990). Psicologia de Grupo e Análise do Ego. In Id. Ibid. Vol. XVIII.

_____ ([1923]1990). O Ego e o Id. In Id. Ibid. Vol.XIX.

_____ ([1925]1990). A Negativa. In Id. Ibid. Vol.XIX.

_____ ({1926}[1925]1990). Inibição, Sintoma e Ansiedade. In Id. Ibid. Vol.XX.

_____ ([1926] 1990). A Questão da Análise Leiga. In Id. Ibid. Vol.XX.

GALLIO, G., GIANNICCHEDDA, M. G. (1982). Note per la Lettura del Modulo Organizzativo dei Servizi Psichiatrici a Trieste. In De Salvia, D., Crepet, P. (1982).Ibid.

GALLO, E., NASCIMENTO, P.C. (1995). Hegemonia, Bloco Histórico e Movimento Sanitário. In Teixeira, S.F. (org.)(1995). **Reforma Sanitária. Em Busca de Uma Teoria.** 2ª ed. São Paulo: Cortez. Rio de Janeiro: ABRASCO.

GAUCHET, M. , SWAIN, G. (1980). **La Pratique de L'Esprit Humain. L'Institution Asilaire et la Révolution Démocratique.** Paris: Gallimard.

GENTIS, R. (1975). De Renée a Mary; Nascimento da Antipsiquiatria. In Bosseur, C. (1975). **Antipsiquiatria.** Lisboa: Pub. Dom Quixote.

GERLACH J. e CASEY D. E. (1994). Tratamento Farmacológico da Esquizofrenia: Mitos e Realidades. (Trad. Aut. Current Science Ltd.). **Current Opinion in Psychiatry,** 1994, 7: 65-70.

GILES T.R.(1975). **História do Existencialismo e da Fenomenologia.** Vol.II. São Paulo: EPU/EDUSP.

_____ (1979). **Introdução à Filosofia.** São Paulo: EPU/EDUSP.

GOFFMAN, E. (1978). **Asylums - Le Istituzione Totali: i meccanismi dell'Esclusione e della Violenza.** 6a. ed. Turim: Einaudi.

- GOLDBERG, J. (Org) (1989). **Encontro Sobre Tratamento das Psicoses em Instituição**. (mimeog.). São Paulo: CAPS Luiz Cerqueira.
- _____ (1994). **A Clínica da Psicose: um Projeto na Rede Pública**. Rio de Janeiro: Te Corá.
- GRAEFF, F.G. (1997). Doença Mental. In Graeff, F.G., Brandão, M.L. (eds.)(1997). **Neurobiologia das Doenças Mentais**. 4ª ed. São Paulo: Lemos.
- GRIGOLETTO, M. (1992). A Desconstrução do Signo e a Ilusão da Trama. In Arrojo, R. (org) (1992). **O Signo Desconstruído**. Campinas: Pontes.
- GRIGOLO, T. M. (1995). **“Dizem que Sou Louco”: Um Estudo sobre Identidade e Instituição Psiquiátrica**. (Dissertação de Mestrado). Florianópolis: CFCH - UFSC (mimeog.).
- GRIMAL, P. (1993). **Dicionário da Mitologia Grega e Romana**. 2ª ed. Lisboa: Difel. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- HALLIDAY, M. A. K., HANSAN, R. (1976). **Cohesion in English**. Londres: Longman Group Ltd.
- HANNS, L. (1996). **Dicionário Comentado do Alemão de Freud**. Rio de Janeiro: Imago.
- HARARI, R.(1993). **El Seminario “La Angustia” de Lacan: Una Introducción**. Buenos Aires: Amorrortu.
- HENRY, P. (1994). A história não existe? Apud Orlandi, E. P. (Org) (1994). **Gestos de Leitura**. Campinas: Ed. da UNICAMP.
- HEUSER, B.H.(1965). **História Sagrada do Antigo e do Novo Testamento**. 33ª ed. Petrópolis: Vozes.
- HUGHES, R.(1966). Introduction. In Faulkner, W. ([1926]1966). **The Sound and the Fury**. Londres:Chatto & Windus.
- IBÁÑEZ, T. (1994). Constructing a Representation or Representing a Construction? **Theory & Psychology**. Sage. Vol. 4 (3): 363-381.

- INDURSHY, F. (1996). **Da Anáfora Textual à Anáfora Discursiva**. Porto Alegre: UFRGS. (mimeog.)
- IPQ (1997). Relatório Estatístico: Movimento de Pacientes do Instituto de Psiquiatria. Abril de 1997. São José: IPQ/SES Santa Catarina.
- ITÁLIA (1978). Legge n. 180 del 13 maggio 1978. **Gazzetta Ufficiale** n. 133. Roma.
- JACOBINA, R.R., TEIXEIRA, C.F. (1980). O Aparelho Psiquiátrico - Notas de Pesquisa. **Rev. da Assoc. Psiquiátrica Bahia**, no. 3 .Salvador: UFB/APB.
- JAHODA, G. (1988). Critical Notes and Reflections on "Social Representations". **European Journal of Social Psychology**. Vol. 18, 195-209.
- JAMES W. ([1890] 1971). **The Principles of Psychology**. 19ª ed. Chicago: Encyclopaedia Britannica.
- JASPERS, K.(1975). **Psicopatología General**. Buenos Aires: Editorial Beta.
- JERVIS, G. (1977). **Il Buon Rieducatore - Scritti Sugli Usi della Psichiatria e della Psicanalisi**. Milão: Feltrinelli.
- _____ (1978). **Manuale Critico di Psichiatria**. 8ª ed. Milão: Feltrinelli.
- JERVIS, G. SCHITTAR, L. (1973). Storia e Politica in Psichiatria. In Basaglia, F. (org.) (1973) . **Che Cos'È la Psichiatria?** 2a.ed. Turim: Einaudi.
- JORNAL DA MANHÃ (1997).Atendimento Psicossocial não Será Prejudicado com Extinção de Cargos. 3ª feira, 11/3. Ano XIII, nº 3348.
- KALIL, M. E. X. (Org) (1992). **Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde**. São Paulo: Salvador: Hucitec/Coop. Italiana em Saúde.
- KAMKHAGI, V. R. (1982). Horizontalidade, verticalidade e Transversalidade em Grupos. In Barembliitt, G. (Org) (1982). **Grupos: teoria e técnica**. Rio de Janeiro: Graal, Ibrapsi.

- KALINOWSKI L.B., HOCH, P.H.(1953). **Tratamientos por Choque, Psicocirurgia y otros Tratamientos Somáticos en Psiquiatria**. Barcelona: Ed. Científico-Médica.
- KAPLAN, K., SADOCK, B.(1984). **Compêndio de Psiquiatria Dinâmica**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- KIESLER, C.A. (1985). Prevention and Public Policy. In AA.VV. (1985). **Vermont Conference on the Primary Prevention of Psychopathology**. Vermont: University Press of New England.
- KIRMAYER, L. J. (1993). Healing and the Invention of Metaphor: the Effectiveness of Symbols Revisited. **Culture, Medicine and Psychiatry**, 17: 161-195, 1993.
- KOLB, L.C.(1976). **Psiquiatria Clínica**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana.
- KOLLERT, G. (1985). **Kaspar Hauser: Mito, Mistério, Missão**. São Paulo: Ed. Antroposófica.
- LACAN, J. (1995). **O Seminário. Livro 4: A Relação de Objeto**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- _____.(1983). **O Seminário: Livro 1: Os Escritos Técnicos de Freud**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- _____. (1996). O Estádio do Espelho como Formador da Função do Eu. In Zizek, S. (Org.)(1996) **Um Mapa da Ideologia**. Rio de Janeiro: Contraponto.
- LAING, R. (1973) **A Política da Família e Outros Ensaio**s. Lisboa: Portugalia.
- LAING, R. D. (1974). **A Política da Experiência e a Ave-do-Paraíso**. Petrópolis: Vozes.
- LAING, R.D. COOPER, D. G. (1976). **Razão e Violência**. Petrópolis: Vozes.
- LAGO, M.C.S. (1996) **Modos de Vida e Identidade**. Florianópolis: Ed. da UFSC.
- LAKOFF. G. JOHNSON, M. (1980). **Metaphors We Live By**. Chicago: The University of Chicago Press. Apud Pontes, E. (1990). **A Metáfora**. Campinas: Ed. Unicamp.

- LANDOWSKI, E. (1979). Du Politique au Politologique - Analyse d'un article d'André Siegfried. In Greimas, A. J. et al (1979). **Introduction à l'Analyse du Discours en Sciences Sociales**. Paris: Hachette.
- LANE, S. T. M. CODO, W (Org) (1994). **Psicologia Social: o Homem em Movimento**. 14^a ed. São Paulo: Brasiliense
- LANGDON, E. V. M. (1996). **Xamanismo no Brasil: Novas Perspectivas**. Florianópolis: Ed. da UFSC.
- LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.B. (1996). **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes.
- LEFÈVRE, F. (1995). Saúde , Mídia e Reificação. In Pitta, A M.R. (1995). *Ibid*.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1976). **O Pensamento Selvagem**. 2^a ed. São Paulo: Cia. Ed. Nacional.
- _____ (1978). **Mith and Meaning**. Nova Iorque: Schocken Books.
- LHULLIER, L. A. (1992). Psicologia do Autoritarismo: uma Abordagem Preliminar. **Psico**, vol.24, no. 2 p. 141-157. Porto Alegre.
- LIPPARINI, T. MONTORIOL, J. FEBRER, M.A. (1971). **O Mundo Inorgânico**. I vol. São Paulo: Van Grei.
- LOYOLA, M. A. (1994). **Médicos e Curandeiros: Conflito Social e Saúde**. São Paulo: Difel.
- LUFT, C.P. (1995). **Novo Manual de Português**. São Paulo: Globo.
- LUZ, M.T. (1979). **As Instituições Médicas no Brasil: Instituição e Estratégia de Hegemonia**. Rio de Janeiro: Graal.
- LYON, M. L. (1993). Psychoneuroimmunology: the Problem of the Situatedness of Illness and the Conceptualization of Healing. **Culture, Medicine and Psychiatry** n. 17, 1993, pp. 77-97.

- LYONS, J. (1968). *Introduction to Theoretical Linguistics*. Londres: Cambridge University Press. Apud Indursky, F. (1996). **Da Anáfora Textual à Anáfora Discursiva**. Porto Alegre: UFRGS.
- MACEDO, Z. (1997). O que É Ser Familiar de Doente Mental. **Inform. Psiqu.**,16(3):117-119.
- MACIEIRA, C.P., FAUSTINO, M.P.S., GAMA, F.E.C., VIEIRA, E.G.L.(1985). **Proposta de Política de Saúde Mental da Nova República**. Brasília: Ministério da Saúde/DINSAM.
- MACHADO, R. , LOUREIRO, A. , LUZ, R., MURICY, K. (1978). **Danação da Norma - Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil**.Rio de Janeiro: Graal.
- MACHADO, R. (1982). **Ciência e Saber. A Trajetória da Arqueologia de Foucault**. Rio de Janeiro: Graal.
- MACHADO, M.D.C. (1996). **Carismáticos e Petencostais: Adesão Religiosa na Esfera Familiar**. Campinas: Autores associados. São Paulo: Anpocs.
- MAGAJEWSKI, F. R. L. (1994). **Seletividade Estrutural e a Construção do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina no Período 1987-1990**. (Dissertação de Mestrado). Florianópolis: CSE-UFSC. (mimeog.).
- MAJOR, R (1994). Crises de Razão, Crises de Loucura ou "a Loucura" de Foucault. In Rudinesco, E. (Org) (1994). **Foucault - Leituras da História da Loucura**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- MANDOLINI GUARDO, R. G. (1974). **De Freud a Fromm**. 4ª ed. Buenos Aires: Ciordia.
- MARÇAL RIBEIRO, P. R. (1996). **Saúde Mental: Dimensão Histórica e Campos de Atuação**. São Paulo: EPU.
- MARCOS, S. (1983). **Manicomios y Prisiones**. México: RedEdiciones.

- MARSIGLIA, R.G., DALLARI, D.A., COSTA, J.F., MOURA NETO, F.D.M., KINOSHITA, R.T., LANCETTI, A. (1988). **Saúde Mental e Cidadania**. São Paulo: Mandacaru/Plenário dos Trabalhadores em Saúde Mental.
- MARZANO L. ([1903] 1985). **Colonos e Missionários Italianos nas Florestas do Brasil**. Florianópolis: UFSC.
- MASCARELLO, T. (1997). **Prática Clínica Psicanalítica**. Blumenau: CAPSI/FURB. (mimeo).
- MATRAS, J. (1970). Manual de Pesquisa nas Zonas Urbanas. UNESCO, Pioneira. Apud Richardson, R. J. (1985). **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. São Paulo: Atlas.
- MILES, A. (1982). **O Doente Mental na Sociedade Contemporânea**. Rio de Janeiro: Zahar
- MINAYO, M.C.S. (1996). **O Desafio do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 4a.ed. São Paulo- Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO.
- MINGUZZI, G. ([1974] 1975). Introduzione. In Minguzzi, G.et al. (1975). **La Pratica della Follia: Atti del 1 Convegno Nazionale di Psichiatria Democratica**.Veneza: Centro Int. di Studi e Ricerche.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1994). **A Trajetória da Municipalização**. Brasília: Coord. de Comunicação com o Usuário.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1994). **Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**.Brasília: Coordenação de Saúde Mental.
- MOFFAT, A.(1980). **Psicoterapia do Oprimido. Ideologia e Técnica da Psiquiatria Popular**. São Paulo: Cortez.
- MONTERO, P. (1985). **Da Doença à Desordem: A Magia na Umbanda**. Rio de Janeiro: Graal.

- MORANT, N. (1995). What Is Mental Illness? Social Representations of Mental Illness Among British and French Mental Health Professionals. **Papers on Social Representations**. (1021-5573) Vol.4(1), 41-52.
- MOREIRA, D. (1983). **Psiquiatria - Controle e Repressão Social**. Petrópolis:Vozes.
- MORIN, E. (1987). O Método. III. O Conhecimento do Conhecimento/1. Lisboa: Pub. Europa-América. pp. 68-76. Apud Castiel L. D. (1994). **O Buraco e o Avestruz**. Campinas: Papirus.
- MORGADO, A, LIMA, L.A.(1995). Asilo e Hospital Psiquiátrico: Ainda São Necessários na Era da Saúde Mental Comunitária? **J bras Psiq.** 44(11) 551-558, 1995.
- MOSCOVICI, S. (1978). **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar.
- MOSCOVICI, S. (1981). On Social Representations. In Forgas, J.P. (1981). **Social Cognition - Perspectives on Everyday Understanding**. Londres: Academic Press.
- NETTO, J.P. , CARVALHO, M.C.B. (1994). **Cotidiano: Conhecimento e Crítica**. São Paulo: Cortez.
- OFFE, C., (1984). Dominação de Classe e Sistema Político. Sobre a Seletividade das Instituições Políticas. In Offe, C. (1984). **Problemas Estruturais do Estado Capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- O.P.A.S. (1994). **Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud Mental. a) Políticas de Salud Mental**. Milão: OMS/OPS/HPP.
- _____ (1994A) **Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud Mental. c). Atención Primaria de la Salud**. Milão: OMS/OPS/HPP.
- _____ (1995) **Salud Mental en el Mundo: Problemas y Prioridades en Poblaciones de Bajos Ingresos**. Nova Iorque: Oxford University Press.
- _____ (1997) **El Programa de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud**. Washington: OPAS/OMS.

- OMS/AMP (1993). **CID 10**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- OMS. (1975). **Código Internacional de Doenças - CID IX**. Rio de Janeiro: INAMPS.
- ONNIS, L., LO RUSSO, G. (1979). **La Raggione degli Altri. La Psichiatria Alternativa in Italia e nel Mondo**. Roma: Savelli.
- _____ (1980). **Dove Va La Psichiatria?** Milão: Feltrinelli.
- ORLANDI, E. (1996). **Interpretação**. Rio de Janeiro: Vozes.
- ORLANDI, E. P. (1988). **Discurso e Leitura**. São Paulo: Cortez. Campinas: Ed. Unicamp.
- ORTEGA Y GASSET, J. (1963). **Meditação da Técnica**. Rio: Livro Ibero-Americano.
- ORTIGUES, M. C. , ORTIGUES, E. (1989). **Édipo Africano**. São Paulo: Escuta.
- ORO, A . P. (1990). Imigrantes Italianos e Religiões Afro-Brasileiras no Rio Grande do Sul. In De BONI, L. A. (1990). **A Presença Italiana no Brasil**. Vol. II. Turim: Fondazione Giovanni Angelli. Porto Alegre: Escola Sup. Teologia.
- ORTONY, A. (1979). *Metaphor and Thought*. Cambridge: Cambridge Univ. Press. Apud ARROJO, R. (1992). O Ensino da Tradução e Seus Limites: Por uma Abordagem menos Ilusória. In ARROJO, A. (org.) (1992). **O Signo Desconstruído**. Campinas: Pontes.
- PADOVANI, H., CASTAGNOLA, L. (1954). **História da Filosofia**. São Paulo: Melhoramentos.
- PAICHELER, G. (1994). Psychologie Sociale. **Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie**, 37-876-A-50. Paris: Editions Techiques.
- PANORAMA (1996). Cocal do Sul Realiza a Etapa Municipal da X Conferência Nacional de Saúde. 5/7, cad. 2. Cocal do Sul: Sec. Saúde e Prom. Social.
- PASCHOAL, M. S. Z. (1990). Em Busca da Elucidação do Processo de Compreensão da Metáfora. In Pontes, E. (1990). **A Metáfora**. Campinas: Ed. Unicamp.

- PELBART, P. P. (1988). **Da Clausura do Fora ao Fora da Clausura - Ensaio sobre Loucura e Desrazão.** (Tese de Mestrado). São Paulo: PUC.
- PELLEGRINI FILHO, A., RAMOS, C.L., RIBEIRO, J.A.T. (1978). A Medicina Comunitária, a Questão Urbana e a Marginalidade Social. In Guimarães, R. (org.) (1978). **Saúde e Medicina no Brasil - Contribuição para um Debate.** Rio de Janeiro: Graal.
- PELUSO JR., V.A. (1991). **Estudos de Geografia Urbana de Santa Catarina.** Florianópolis: SECE/Ed. UFSC.
- PENNA, A . G. (1978). Apresentação. In Bender, M. P. (1978). **Psicologia da Comunidade.** Rio de Janeiro: Zahar.
- PERRUSI, A. (1995). **Imagens da Loucura: Representação Social da Doença Mental na Psiquiatria.** São Paulo: Cortez. Recife: UFP.
- PEREIRA DE QUEIROZ, M.I. (1988). Relatos Oraís: do "Indizível ao Dizível". In Von Simson, O. M. (1988). **Experimentos com Histórias de Vida (Itália - Brasil).** São Paulo: Vértice/ Revista dos Tribunais.
- PICHOT, P.(1983). Un Siècle de Psychiatrie. Paris: Rocher da Costa. Apud López-Ibor Jr., J.J.(1995). ICD-10 and DSM-IV: A Tale of Two Cities. **World Psychiatry.** WPA Vol.3 nº 6.
- PINHEIRO, L. U. F., ALMEIDA FILHO, N. (1981). As Estratégias da Psiquiatria: do Confinamento à Penetração. In **Rev. Assoc. Psiquiátrica Bahia, nº4.** Salvador: UFBA/APB.
- PINILLOS, J. L. (1977). **Psicopatologia de la Vida Urbana.** Madrid: Espasa-Calpe.
- PIRELLA, A., CASAGRANDE, D. (1973). John Conolly, dalla Filantropia alla Psichiatria Sociale. In Basaglia, F. (org) (1973). **Che Cos'É la Psichiatria?** 2ª ed. Turim: Einaudi.

- PIRELLA, A., CASAGRANDE, D. (1973). John Conolly, dalla Filantropia alla Psichiatria Sociale. In Basaglia, F. (org) (1973). **Che Cos'È la Psichiatria?** 2ª ed. Turim: Einaudi.
- PIRO, S. (1980). **Repressione e Soggettività: Nuove Forme di Lotta e Obiettivi Pratici.** Volterra: Convenio "Dal Manicomio al Territorio". (mimeo).
- _____ (1981). **Psichiatria Democratica: Crisi e Ricerca di Identità. Fogli di Informazione** n° 75-76. Pistóia: Centro di Documentazione.
- PITTA, A. M. F. (1994). Os Centros de Atenção Psicossocial: Espaços de Reabilitação? **Jornal Bras. Psiq.**, 42 (8).
- _____ (org.)(1996). **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec.
- _____ (1996). **Reabilitação Psicossocial: Um Novo Modelo?** In Lauer, H. (org)(1996). **A Psiquiatria e Suas Conexões. Política, Biologia, Filosofia.** Belo Horizonte: Associação Mineira de Psiquiatria/ABP.
- PONTES, E. (1990). **A Metáfora.** Campinas: Ed. Unicamp.
- PUEL, E., RAMISON, M.D., BRUM, M.C.M., MAY, M.P., DIAS, M., SILVA, T.J., (1997). **Saúde Mental: Transpondo as Fronteiras Hospitalares.** Porto Alegre: Dacasa.
- RAJ. J. (1984). Grupo e Grupo Operativo. In Gayotto, M. L. (Coord) (1984). **A Psicologia Social de Enrique Pichon-Rivière.** São Paulo: Grupo de Psicologia Social/PUC.
- REZENDE, H. (1987). Políticas de Saúde Mental no Brasil: uma Visão Histórica. In: COSTA, N.R. e TUNDIS, S: **Cidadania e Loucura.** Petrópolis: Vozes/ABRASCO.
- RICHARDSON, R. J. (1995). **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas.** São Paulo: Atlas.
- ROCCHI, S. , GOMES, E., THOMÉ, L., SANTOS, J.R., SANTOS, R.M. (1996). **Projeto de Funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS.** Cocal do Sul: Sec. Saúde e Prom. Social/Prefeitura Municipal.

- ROCHA PITTA, A.M. (org)(1995). **Saúde e Comunicação - Visibilidades e Silêncios**. São Paulo:HUCITEC/ABRASCO.
- ROGERS, C.R. (1974). **A Terapia Centrada no Paciente**. Lisboa: Moraes.
- ROSEN, G. (1980). **Da Polícia Médica à Medicina Social**. Rio de Janeiro: Graal.
- ROTELLI, F. ([1974] 1975). Note e Appunti sulla Pratica Psichiatria a Trieste. In Minguzzi, G. et al. (1975). **La Pratica della Follia: Atti del 1 Cenevgo Nazionale di Psichiatria Democratica**. Veneza: Centro Int. Studi e Ricerche.
- ROTELLI, F., DE LEONARDIS, O, MAURI, D., DE RISIO, C. (1990). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec.
- ROUDINESCO, E., CANGUILHEM, G., MAJOR, R. , DERRIDA, J. (1994). **Foucault - Leituras da História da Loucura**. Rio de Janeiro: Relumé-Dumará.
- SÁ, C.P. (1993). Representações Sociais: O Conceito e o Estado Atual da Teoria. In Spink, M.J. (1993). **O Conhecimento no Cotidiano**. São Paulo: Brasiliense.
- SÁ, M.C. (1995). A Complexidade da Realidade, os Problemas de Saúde e o Planejamento Possível: a Necessidade de uma Abordagem Interativa. In Rocha Pitta, A. M. (org)(1995). Ibid.
- SAIDÓN, O. I. (1982). O Grupo Operativo de Pichon-Rivière - Guia Terminológico para a Construção de uma Teoria Crítica dos Grupos Operativos. In Baremblytt, G. (1982). **Grupos: Teoria e Técnica**. Rio de Janeiro: Graal, Ibrapsi.
- SALIZE, H. J. , ROSSLER, W. (1996). The Cost of Comprehensive Care of People With Schizophrenia Living in the Community. A Cost Evaluation from a German Catchment Area. **Br. J. Psychiatry** 1996; **169**: 42-8.
- SAMPAIO, J.J.C.(1998). **Hospital Psiquiátrico no Brasil: a Sobrevivência do Asilo e outros Destinos Possíveis**. (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: IMS-UERJ (mimeog.).

- SANTA CATARINA, ESTADO DE (1993). **Municipalização da Saúde. Caderno I.** Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde.
- SANTA CATARINA, ESTADO DE / GAPLAN (1986). **Atlas de Santa Catarina.** Florianópolis: GAPLAN. Rio de Janeiro: Aerofoto Cruzeiro.
- SANTA CATARINA, ESTADO DE / SEPLAN (1991). **Atlas Escolar de Santa Catarina.** Florianópolis: SEPLAN. Rio de Janeiro: Aerofoto Cruzeiro.
- SANTOS, M. (1996). **A Urbanização Brasileira.** 3ª ed. São Paulo: Hucitec.
- SANTOS, N.G. (1994). **Do Hospital à Comunidade: Políticas Públicas de Saúde Mental.** Florianópolis: Letras Contemporâneas.
- SANTOS, S.C. (1997). **Os Índios Xockleng: Memória Visual.** Florianópolis: Ed. UFSC. Itajaí: Ed. UNIVALI.
- SARACENO, B. , STERNAL, E. (1987). Questioni di riabilitazione. Rivista Sperimentale di Feniatria, CXI, 1507-17. Apud PITTA, A . M. F. (1996). O Que É Reabilitação Psicossocial no Brasil, Hoje? In PITTA, A M. F. (Org) (1996). Ibid.
- SARACENO, B. (1996). Reabilitação Psicossocial: Uma prática à espera de teoria. In PITTA, A M. F. (1996).Ibid.
- SARACENO, B. (1996a). Intervenção na Mesa Redonda Saúde Mental e Trabalho. 1º Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro. (anotações de palestra).
- SARTI, C.A. (1996). **A Família como Espelho: Um Estudo sobre a Moral dos Pobres.** Campinas: Autores Associados.
- SARTRE, J.P. (1965). **Esboço de uma Teoria das Emoções.** Rio de Janeiro: Zahar.
- SAUSSURE, F. (1975). **Curso de Lingüística Geral.** São Paulo: Cultrix.
- SÁVIO, D. (1996). **A Reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Brasil.** Brasília: M.S.

- SAWAIA, B.B. (1993). *Representação e Ideologia - O Encontro Desfetichizador*. In Spink, M.J. (org.) (1993). **O Conhecimento do Cotidiano**. São Paulo: Brasiliense.
- SCALIA, G. (1978). *La Ragione della Follia*. In Basaglia F. Ongaro, F. B. (1978). *Ibid*.
- SCHEFF, T. (1966). **Being Mentally Ill. A Sociological Theory**. Chicago: Aldine.
- _____ (1978). *Doença Mental: o Ponto de Vista da Teoria da Rotulação*. In Figueira, S.A. (coord.)(1978). *Ibid*.
- SCHEID, F., RAVEAU, F. (1991). *Répresentations Sociales de la Maladie Mentale*. **Encycl.Méd.Chir., Psychiatrie, 37725 E10**, Paris: Editions Techniques.
- SCHMIDT, S. J. (1978). **Lingüística e Teoria de Texto: os Problemas de uma Lingüística Voltada para a Comunicação**. São Paulo: Pioneira.
- SCHNEIDER, K. (1976). **Psicopatologia Clínica**. 2ª ed. São Paulo: Mestre Jou.
- SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO URBANO E MEIO AMBIENTE DE SANTA CATARINA (1996). **Índice de Desenvolvimento Social**. Florianópolis: Sec. Des. Urb. Meio Ambiente.
- SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (1991). **Portaria no. 189**. (Ministério da Saúde). Brasília: Diário Oficial, 11/12/91.
- SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (1992). **Portaria no. 224**. (Ministério da Saúde). Brasília: Diário Oficial, 30/1/92.
- SEGUIN, C. A . (1960). **Existencialismo y Psiquiatria**. Buenos Aires: Paidos.
- SELLTIZ, WRIGHTSMAN, COOK (1987). **Método de Pesquisa nas Relações Sociais**. (Org.: Kidder, L.H.). 2a.ed. São Paulo:E.P.U.
- SERRANO, A.I. (1982). **O Que É Psiquiatria Alternativa**. São Paulo: Brasiliense.
- _____ (1996). **Os Sucedâneos da Bilis Negra e sua Tópica - Notas para um Debate sobre a Depressão**. Florianópolis: Depto. Psic. UFSC. (mimeo).

- _____ (1997). Apresentação. In Puel E., Ramison, M. D., Brum, M. C., May, M. P., Dias, M., Silva, T. J. (1977). **Saúde Mental: Transpondo Fronteiras Hospitalares**. Porto Alegre: Dacasa.
- SIGERIST, H. E. (1932). Introduction à la Médecine. Paris: PAYOT. Apud CANGUILHEM, G. (1982). **O Normal e o Patológico**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- _____ (1951). History of Medicine. Vol. I. In Alexander, F., Selesnick, S. (1980). Ibid.
- SILVEIRA, A., PEÑA, A. M., SILVA, K.Z., MINELLA, L.S., GRISOTTI, M. (1996). **O Universo do Transtorno Mental: Estudo de Caso das Relações do Cotidiano entre Internos, Família e Instituição Psiquiátrica no Município de São José, SC**. Programa e Anais da 3ª. Reunião Especial da SBPC. Florianópolis: UFSC/SBPC.
- SIMÕES, L. (1989). **El Modo de Producción Capitalista y la Fractura en las Relaciones Sociales: Elementos Teóricos para una Reflexión sobre la Enfermedad Mental en Bahia, Brasil**. (Tese de Doutorado). México: UNAM.
- SPINK, M. J. P. (1996). **Representações Sociais: Questionando o Estado da Arte**. Psicologia & Sociedade; 8 (2): 166-186; Jul./ Dez. 1996.
- STEFANI, D. (1984). Influência del Nivel Socioeconómico sobre las Actitudes hacia la Enfermedad Mental. Salud Mental, 7(3): 25-28, outono. Apud Galão, A.O., Ballester, D.A.P. (1995). Diagnóstico da Demanda de Atendimento em Saúde Mental na Clientela do Centro Comunitário da PUCRS. **Infom. Psiq.**, 14(2):49-52.
- STRACHEY, J. (1990a). Introdução do Editor Inglês [Entwurf einer Psychologie]. In FREUD, S. (1990). **Edição Sandard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago.
- _____ (1990b) Nota do Editor Inglês [Das Unbewusste]. In FREUD, S. (1990). **Edição Sandard das Obras Completas de Sigmund Freud**. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago.

- SULLIVAN, H. S. (1974). **Estudios Clínicos de Psiquiatria**. Buenos Aires: Editorial Psique.
- SUMARES, M. (1989). Discurso. In **Logos Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia**. Vol 1. Lisboa, São Paulo: Ed. Verbo.
- SZASZ, T. (1970). Mental Illness as a Metaphor. In **Nature** no. **242** (305 -307).
- SZASZ, T. (1979). **O Mito da Doença Mental**. Rio de Janeiro: Zahar Ed.
- TAJFEL, H. (1982) . **Grupos Humanos e Categorias Sociais**. Lisboa: Livros Horizonte.
- TEIXEIRA, M.A.A. (1991). **Dar Ul Maraftan, Morada dos que Precisam Ser Acorrentados - Contribuição ao Estudo das Relações de Poder na Instituição Psiquiátrica**.(Dissertação de Mestrado). Florianópolis: CFH-UFSC.
- TEIXEIRA, M.A.A. (1993). **Hospício e Poder**. Brasília: Senado Federal.
- TEIXEIRA, S.F. (org.)(1995). **Reforma Sanitária. Em Busca de uma Teoria**. São Paulo: Cortez.
- TEIXEIRA, S.F., MENDONÇA, M.H. (1995). Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: Comparações. In Teixeira, S.F. (org.) (1995). Ibid.
- THOMÉ, I.P.S. (1996). Etapa Municipal de Saúde - Cocal do Sul. Tema: Modelo Assistencial de Saúde. **Panorama**, Cad. 2, p. 4-7, 05/06/96, Cocal do Sul: Sec. Saúde e Prom. Social. .
- TOLENTINO, M. V. F. (1990). Muito Além das Metáforas. In PONTES, E. (1990). **A Metáfora**. Campinas: Ed. Unicamp.
- TRANCHINA, P. (1979). **Norma e Antinorma**. Milão: Fetrinelli.
- URZÚA, R.F. (1986). Prevención y Tratamiento de los Trastornos Psiquiatricos y Neurologicos. **Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana**. Vol. 101, no.6.
- VASCONCELOS, E.M. (1997). Serviço Social e Interdisciplinaridade: O Exemplo da Saúde Mental. **Serviço Social& Sociedade**. Nº54 Ano XVIII, julho 1997.

- _____.(1995).**O Que É Psicologia Comunitária**. 6.^a ed. São Paulo: Brasiliense.
- _____. (1992). **Do Hospício à Comunidade**. Belo Horizonte: Segrac.
- VAUGHAN, J.P, MORROW, R. H. (1992). **Epidemiologia para Municípios - Manual para Gerenciamento dos Distritos Sanitários**. São Paulo: Hucitec.
- VIEIRA FILHO, N. G. (1981). Vocação Anti-Terapêutica: da Nega o Institucional (Gorizia)   Liberdade   Terapêutica (Trieste). **Análise Psicológica** (1981) II(1): 81-88.
- VIGAN , C. , VILLA, A . (1997). Clínica e Instituições. In Vigan , C. (1997). **Saúde Mental: Psiquiatria e Psicanálise (Textos Prévios  s Conferências de Belo Horizonte)**. Belo Horizonte: Assoc. Mineira de Psiquiatria/Instituto de Saúde Mental.
- VIGAN , C. (1997a). De Cl rambault e a Lógica do Sujeito. In Vigan , C. (1997). Ibid.
- VIGNAUX (1979). Argumentation et Discours de la Norme. In Languages n  53. Apud ORLANDI, E. P. (1988). **Discurso e Leitura**. São Paulo: Cortez. Campinas: Ed. da UNICAMP.
- WALENDOWSKY, S. (1991).**O Direito de Ter Direitos: Considerações sobre Pacientes num Macro-Hospital Cr nico**. Monografia. Rio de Janeiro: Colônia Juliano Moreira/ENSP.
- WILSON, M.(1993). DSM III and the Transformation of American Psychiatry: a History: Am.J.Psychiatry, 150: 399-410. Apud Camis o, C.A.(1994). Diagnóstico, Confiabilidade e Confiabilidade Intercultural em Psiquiatria. **Inform.Psiq.** 13(1):13-16.
- WUNDT, W. ([1912]1973). Chapter V. The Laws of Psychological Life. In Wundt, W. ([1912]1973). **An Introduction to Psychology**. Nova Iorque: Arno Press.
- XANTHAKOU, M. (1989). **Idiots de Village: Conversations Ethnopsychiatriques en Péloponnèse**. Toulouse: Presses Universitaires du Mirail.

(1996). **Méthode Individu et Société. Une Approche Etthnopsyquiatrique en Grèce. (Brésil, Notions 1.Doc.).** Florianópolis:CFH/UFSC.(mimeo).

ZINI, P. M. (1997). **Il Manicomio e la Chiusura.** Pergine: Servizi di Salute Mentale dell'Alta e Bassa Valsugana e del Primiero.

ZOLA, I.K. (1978). Medicine as an Institution of Social Control. In Ehrenreich J. (1978). **The Cultural Crisis of Modern Medicine.** Nova Iorque, Londres: Monthly Review Press.